

FACULTE DE MÉDECINE

**A propos d'un cas
d'inversion Utérine puerpérale aiguë**

(Réduction manuelle sous rachi-analgésie)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juillet 1933

PAR

Jean SUSINI

Interne des Hôpitaux et de la Maternité d'Avignon

Né le 1^{er} septembre 1907, à Serra-di-Scopamène (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs :	{	MM. P. DELMAS, professeur, <i>président</i> .	{	<i>assesseurs</i>
de la Thèse		MARGAROT, professeur.		
		COLL DE CARRERA, prof. agr.		
		JANBON, profes. agrégé		

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1
MONTPELLIER

1933

**A PROPOS D'UN CAS D'INVERSION UTERINE
PUERPERALE AIGUE**

(RÉDUCTION MANUELLE SOUS RACHI-ANALGÉSIE)

FACULTÉ DE MÉDECINE

A propos d'un cas
d'inversion Utérine puerpérale aiguë
(Réduction manuelle sous rachi-analgésie)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juillet 1933

PAR

Jean SUSINI

Interne des Hôpitaux et de la Maternité d'Avignon

Né le 1^{er} septembre 1907, à Serra-di-Scopamène (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs :
de la Thèse

MM. P. DELMAS, professeur, *président*.
MARGAROT, professeur.
COLL DE CARRERA, prof. agr.
JANBON, profes. agrégé

assesseurs

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1
MONTPELLIER

1933

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	N...
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicale	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hvg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Physiologie (Ch. de c.)	L. HEDON
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Physiologie	L. HEDON, Prof.
Pathologie expérimentale	PAGES
Matière médicale	CABANNES, prof.
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Stomatologie	Dr WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	N... N... N...
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON
	N... N...
Anatomie	LAUX
Chimie	N...
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Histologie	GRANEL
Bactériologie	N...

Examineurs de la Thèse

MM. P. DELMAS, profes., président.	MM. COLL DE CARRERA, agrégé.
MARGAROT, professeur.	JANBON, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

A MA MERE

*Modeste témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.*

A MES BEAUX-FRERES ET SŒURS

A MON ONCLE

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL DELMAS

*Professeur de Clinique Obstétricale
A la Faculté de Médecine de Montpellier
Officier de la Légion d'Honneur*

A MON JURY DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAROT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
COLL DE CARRERA

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ JANBON

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

Hommage respectueux.

A PROPOS D'UN CAS D'INVERSION UTERINE PUERPERALE AIGUE

(RÉDUCTION MANUELLE SOUS RACHI-ANALGÉSIE)

INTRODUCTION

L'inversion utérine puerpérale, inversement ou retournement de l'utérus (GUILLEMEAU), est un accident qui suit l'accouchement, et dans lequel, le fond de l'organe se déprime et s'enfonce dans sa propre cavité, en évaginant graduellement ses parois, exactement comme le bout d'un doigt de gant que l'on retourne.

Cet accident se produira en général lorsque les parois utérines auront été amincies, ou suffisamment distendues par le développement de son contenu. Cette distension pourra être provoquée parfois par le fibrome pédiculé en dehors de la grossesse, mais, plus souvent, par le développement de l'œuf, qui laissera après son expulsion, une large cavité utérine à parois souples et inertes.

C'est généralement dans ces conditions que se produira l'inversion utérine puerpérale.

C'est donc avant tout une complication de l'accouchement, que l'on pourra observer soit au moment de la délivrance, soit même pendant les suites de couches.

Il y a un an environ, à la Clinique de M. le Docteur P. PAMARD, chef du Service de Gynécologie à l'Hôpital d'Avignon, nous avons eu l'occasion d'observer un cas aigu d'inversion utérine puerpérale. La réduction manuelle qui fut tentée aussitôt, sans que la malade soit anesthésiée, échoua dans un premier temps. Devant la gravité extrême de l'état général et le danger de mort imminente qui menaçait alors la malade, MM. les docteurs P. PAMARD et P. HENRIET eurent recours à l'analgésie rachidienne. Dans ce deuxième temps, les manœuvres de taxis n'en restèrent pas moins laborieuses, mais furent cependant plus efficaces, puisqu'elles aboutirent finalement à la réduction heureuse de l'inversion.

MM. P. PAMARD et P. HENRIET ont bien voulu nous confier, avec toutes les particularités intéressantes qu'elle peut comporter et qui seront analysées au moment voulu, l'observation inédite dont le sujet a été le point de départ de notre thèse.

L'inversion utérine puerpérale est une affection très rare. On ne l'observe qu'une fois sur cent mille accouchements, disent les classiques. Elle tendrait à devenir encore plus rare de nos jours, où la physiopathologie de la délivrance est mieux connue.

En raison même de sa rareté et de sa gravité surtout, il est peu d'auteurs qui n'aient tenu à publier les cas d'inversion utérine puerpérale qu'ils avaient pu observer.

Aussi, nous avons pu relever dans la littérature médicale française et étrangère, un certain nombre d'observations du plus haut intérêt, tant au point de vue des considérations cliniques, que des discussions thérapeutiques qu'elles entraînent au sujet de l'inversion utérine puerpérale.

Nous nous bornerons dans ce travail, à l'étude de l'inversion utérine puerpérale récente, ce dernier terme s'appliquant aux inversions qui peuvent survenir plus ou moins tôt, depuis le moment de l'expulsion ou de l'extraction du produit de conception, jusqu'à l'époque du retour des couches (Ovi).

Après un bref aperçu historique de la question ainsi posée, nous passerons successivement en revue : l'anatomie pathologique, l'étiologie et le mécanisme, l'étude clinique, le pronostic ; enfin, après l'exposé des observations recueillies, nous envisagerons le traitement de l'inversion utérine puerpérale récente.

Avant d'entrer plus avant dans le sujet, qu'il nous soit permis d'adresser ici, aux maîtres éminents de la Faculté et des Hôpitaux qui, pendant notre carrière d'étudiant, ont contribué avec tant de bienveillance à notre éducation médicale, l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueuse reconnaissance.

Nous manquerions également à notre devoir, si nous n'adressions pas ici nos plus vifs remerciements à MM. P. PAMARD et P. HENRIET, pour les judicieux conseils qu'ils n'ont cessé de nous donner, et le concours précieux qu'ils ont bien voulu nous prêter au cours de nos recherches bibliographiques.

Nous avons fait notre stage d'accouchements dans le Service de Clinique Obstétricale de M. le professeur Paul DELMAS, qui nous a prodigué des conseils bienveillants, en même temps que l'enseignement le plus élevé. Nous ne saurions oublier le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

La connaissance de l'inversion utérine puerpérale est de date très ancienne. Déjà HIPPOCRATE, dans son traité de « La nature de la femme », paraît l'avoir décrite : il comparait à un scrotum, la matrice complètement sortie hors des voies génitales après l'accouchement.

Vers le milieu du premier siècle de notre ère, ARÉTÉE DE CAPPADOCE signale deux causes d'inversion de l'utérus : l'une par relachement des ligaments utérins à la suite d'accouchements laborieux ou forcés, l'autre par adhérence extrême du placenta au fond de la matrice.

GALIEN, dans une dissertation sur la « *Faculté d'expulser et la faculté de retenir que possèdent certains organes* », donne une description assez claire de l'inversion utérine.

Au moyen-âge, les médecins arabes RHAZÈS et AVICENNE empruntent les principaux traits de leurs descriptions à HIPPOCRATE, SORANUS et GALIEN.

Au XV^e siècle les idées anciennes sur l'inversion utérine sont reprises et complétées.

Au XVI^e siècle, Ambroise PARÉ décrit le véritable caractère anatomique de l'inversion de l'utérus : son renversement.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, MAURICEAU, PUZOS, LEVRET, SABATIER, LEROUX BAUDELLOCQUE, établissent les trois principaux degrés de l'inversion utérine et leur diagnostic.

MAURICEAU découvre la dépression utérine. LEVRET, LEROUX, BAUDELLOCQUE déterminent exactement les autres variétés de l'inversion et distinguent les inversions anciennes des inversions récentes.

Dans la première moitié du XIX^e siècle, l'école anglaise d'abord et anglo-américaine ensuite, étudient la question avec DENMANN, CLARKE, HUNTER, WINSBOR, GOOCH, CROSSE, JOHNSON, CRAMPTON, etc., etc...

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, nombre d'éminents chirurgiens et accoucheurs français, italiens, anglais, américains, étudient l'étiologie, le diagnostic et le traitement de l'inversion utérine. Nous citerons BOTHELLO, BARNES, FORGET, EMMET, SIMS, THOMAS, WEISS, MAC-COY CHURCHILL, DECIO-CARLO, TARNIER, RIBEMONT, LEPAGE, POZZI, LEBLOND, CHARPENTIER, DEMONS, PÉRIER, LEFORT, DUMÉNIL, GIBERT.

En 1879, DEPAUL publie son mémoire important dans lequel il étudie surtout l'inversion utérine récente.

En 1883, paraît l'ouvrage de DENUCÉ (père), de Bordeaux : « *Le Traité clinique de l'inversion utérine* » qui depuis est à l'origine de toutes les communications concernant l'inversion utérine.

Au début du XX^e siècle, les chirurgiens anglais, français, italiens, discutent longuement sur les indications et les méthodes opératoires employées dans le traitement de l'inversion utérine chronique surtout. En particulier DURET, DOYEN, KEHRER, OTTO KUSTNER, PICCOLI, SPINELLI et OUI. C'est à ce dernier surtout que les chirurgiens français doivent la connaissance du traitement conservateur de l'utérus inversé.

D'éminents accoucheurs français par la suite s'intéressent à la question de l'inversion utérine devenue classique: MM. PINARD, BRINDEAU (Traité de l'art des accouchements) ; mais c'est avant tout le professeur BAR, qui met au point l'anatomie pathologique de la lésion et met en évidence le rôle des ligaments utérins au cours de l'inversion.

De nombreux auteurs étrangers et français publient les cas d'inversion utérine qu'ils ont pu observer.

En 1931, M. G. ECALLE, dans une de ses conférences parue dans « Les leçons du Jeudi soir à la Clinique TARNIER », et dont nous nous sommes inspirés, étudie l'inversion utérine puerpérale et surtout la gravité du pronostic suivant les variétés des lésions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions et les limites anatomiques variables suivant les trois principaux degrés que présente l'inversion utérine, ont été fixées exactement par MAURICEAU, LEVRET, LEROUX, SABATIER, BAUDELLOCQUE, plus récemment par les recherches du professeur BAR publiées dans les Bulletins de la Société d'Obstétrique des mois de janvier et mai 1902.

Dans le premier degré, ou « dépression utérine (MAURICEAU), le fond utérin se déprime « en cul de fiole » sur sa face péritonéale. Cette dépression peu accusée parfois est alors difficile à reconnaître à l'examen clinique. Elle occupe souvent la zone d'insertion placentaire, plus rarement une des cornes utérines. Elle est bordée en haut par un bourrelet circulaire, le fond de l'utérus retourné peut s'enfoncer plus ou moins profondément dans la cavité utérine et venir affleurer en bas l'orifice interne du col, qui constitue la limite anatomique du premier degré de l'inversion.

Dans l'inversion du deuxième degré qui peut suivre plus ou moins rapidement, le fond de l'utérus fran-

chit l'orifice du col malgré sa résistance, et vient faire hernie dans la cavité vaginale où il descendra progressivement. La limite anatomique du deuxième degré de l'inversion a été fixée par BAUDELLOCQUE au pourtour de l'insertion vaginale du col utérin.

Dans ce cas, l'utérus inversé forme une vaste poche entre la vessie et le rectum, dans sa cavité peuvent venir se loger les ligaments larges, les trompes, les ovaires, des anses intestinales, parfois même la vessie. Le pédicule de la masse intra-vaginale constitué par toute la largeur du corps utérin est épais ; un sillon plus ou moins profond que l'on peut explorer avec le doigt soit au moyen d'un hystéromètre, sépare la face extérieure de la tumeur de la face interne du col. La surface muqueuse de l'utérus, que l'on a pu confondre avec une portion dilacérée du placenta, se trouve au contact des parois vaginales, saignant spontanément quand le placenta a été détaché, ou bien au cours des manœuvres d'exploration.

Dans le troisième degré ou inversion utérine complète, le vagin lui-même est entraîné et suit l'utérus en s'inversant à son tour. La limite de ce renversement est l'insertion du vagin à l'entrée de la vulve (LEVRET).

L'utérus extériorisé, forme une tumeur considérable qui pend hors de la vulve entre les cuisses de la malade, et présente un aspect différent suivant que le placenta est adhérent ou non à l'utérus.

Si la délivrance n'est pas faite, la face interne de l'utérus apparaît recouverte du placenta et des membranes. On reconnaîtra assez facilement le point d'insertion du cordon, et, l'examen de ce dernier permet-

tra de voir si des tractions violentes n'ont pas été exercées ; l'aspect nacré de la face fœtale du délivre avec les réseaux vasculaires qui circulent sous l'amnios, est assez caractéristique (obs. VII, VIII, XIII).

Si la délivrance est faite, l'utérus retourné revêt l'aspect d'une masse piriforme, de couleur rouge foncé, dont la surface est hérissée de petites saillies et recouverte par du sang liquide ou coagulé avec par endroits, des débris de membranes.

En examinant de plus près cette masse, on arrive à constater latéralement les orifices des trompes distants l'un de l'autre, parfois difficiles à trouver, car ils sont cachés dans un repli de la muqueuse.

La portion supérieure de la tumeur s'engage dans un anneau formé par le col utérin. Cet anneau joue un rôle très important dans la physio-pathologie de l'inversion. C'est une sorte de collet herniaire qui, par sa striction plus ou moins considérable, étranglera le pédicule de la tumeur, favorisant ainsi l'hémostase, mais créera par contre un obstacle à la circulation veineuse de retour (obs. I).

Dans certains cas, le segment cervical lui-même participe au renversement de l'utérus qui devient alors total (obs. XI, XXI, XXV).

Quand on ouvre la cavité abdominale, on constate que le corps utérin a disparu, la vessie basculée et tombée en arrière forme couvercle sur le détroit supérieur. Si on la soulève, on voit quelle recouvre une sorte de puits à bords épais formés par l'utérus inversé. On peut enfoncer le doigt dans cette fosse, et l'on constate que ses parois sont tapissées du péritoine utérin adhérent au muscle sous-jacent.

Sur la margelle du puits, on voit les ligaments ronds qui, venus de la région inguinale, y plongent directement, tandis que plus en arrière, nous voyons affleurer les trompes prolongées en haut par les ligaments lombo-ovariens particulièrement tendus.

La vessie n'est pas entraînée dans l'utérus retourné ou tout au moins grâce à la laxité de son plan de clivage, elle s'en laisse facilement séparer.

Le rôle physiologique des ligaments utérins, très variable au cours de l'inversion utérine, a été particulièrement bien étudié par M. le professeur BAR.

Les ligaments ronds peuvent suivre dans sa descente le corps utérin retourné, leur point d'insertion utérine n'étant guère plus éloigné de leur origine inguinale qu'à la fin de la grossesse.

Les ligaments utéro-sacrés jouent un rôle plus important, s'attachant solidement sur l'isthme utérin, ils empêchent une descente trop accentuée. De ce fait, la paroi antérieure de l'utérus s'invagine en général beaucoup plus que la paroi postérieure. Cette notion anatomique a son importance dans la pratique du taxis (G. ECALLE).

Le rôle des ligaments qui constituent avec les vaisseaux le pédicule supérieur de l'utérus, est capital. Leur point d'insertion assez élevé leur permet de suivre facilement le fond de l'utérus pendant la grossesse. Par contre, l'inversion détermine leur distension, mais cette distension est-elle même limitée si bien qu'il arrive un moment où tendus au maximum, ils jouent, comme l'a bien montré le professeur BAR, le rôle de ligaments d'arrêt de l'inversion. La tension

des ligaments s'accompagne d'un étirement des vaisseaux beaucoup plus marqué sur les veines que les artères, d'où gêne considérable de la circulation en retour.

Le muscle utérin inversé pourra soit rester inerte, la mollesse de ses parois rendra alors l'hémorragie abondante, soit se contracter en totalité, l'hémorragie sera très faible. Enfin il présentera parfois des zones localisées de contraction ou de contracture surtout marquées au niveau du collet du sac herniaire, avec formation d'un anneau encerclant le pédicule.

L'hémorragie sera, dans ce dernier cas, plus ou moins abondante, la réduction particulièrement difficile

FREQUENCE == ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'inversion utérine est un accident rare, elle est cependant la plus fréquente de toutes les inversions. En effet, d'après les remarques de CROSSE, sur 400 cas d'inversions de toute nature, 350 ont été la conséquence de la grossesse.

Les diverses statistiques publiées varient beaucoup suivant les séries de cas relevés par les nombreux auteurs qui se sont occupés de la question de l'inversion utérine puerpérale. BEIGEL, MADDEN trouvent 1 cas sur 190.000 accouchements. REEVE et CROSSE, 1 cas sur 140.000 accouchements, plus récemment M. AU-YARD donne 1 cas sur 10.000 accouchements.

L'inversion utérine puerpérale peut exceptionnellement se produire à la suite de l'avortement : un cas d'inversion utérine survenue douze jours après un avortement du troisième mois, est signalé dans la thèse de HEINTZE (Strasbourg, 1921), LEBLANC, BRADY, après un avortement du cinquième mois ; BROWN relève un cas d'inversion utérine survenue consécutivement à un avortement du sixième mois,

En général, c'est après l'accouchement à terme que se produit l'inversion utérine. Elle s'effectuerait alors dans les deux tiers des cas entre la sortie du fœtus et la délivrance (W. STONE), dans un tiers des cas après la sortie du délivre.

On a pu rarement observer des cas où la dépression utérine qui serait cependant la forme la plus fréquente, existait déjà pendant l'expulsion du fœtus.

Il y a tout d'abord des causes qui peuvent favoriser l'inversion. Certains traités classiques admettent que l'inversion utérine puerpérale est plus fréquente chez les multipares dont l'utérus présente « une grande minceur et une flaccidité extrême de ses parois. COMMANDEUR ». Nous rapportons l'observation de M. PICARD (obs. XXIV), concernant un cas d'inversion utérine chez une femme qui était enceinte pour la dix-neuvième fois.

Cette opinion, qui semble logique à priori, n'a peut-être pas toujours été confirmée par les faits. CRAMPON, rassemblant les faits connus jusqu'en 1885, a relevé 228 cas, et a constaté que l'inversion utérine était plus fréquente chez les primipares. THÉODARIDE admet une proportion de 60 %, BECKMANN et VOGEL (+ de 50 %), en 1931 M. G. ECALLE (70 %). Il est à remarquer ici que l'amincissement de la paroi utérine peut tout aussi bien être dû à la surdistension de l'organe par excès de volume de son contenu, dans les cas de grossesse gémellaire, d'hydramnios, de gros fœtus, etc...

Les adhérences placentaires, reliquats d'endométrite aiguë ou chronique, rendent la délivrance plus difficile et favorisent souvent l'inversion. Sur 25 cas que nous relatons, le fait a été remarqué 10 fois.

L'inversion de la matrice, ou tout au moins la dépression de son fond (1^{er} degré), peut être facilitée par l'insertion du placenta au fond de l'organe (MAURICEAU). Cependant, la condition nécessaire pour que l'utérus puisse s'inverser, c'est l'inertie totale ou partielle du muscle utérin. En effet, la rétraction de l'utérus suit la sortie graduelle du fœtus dans l'accouchement normal et aboutit au décollement du placenta. Dans un utérus bien contracté, la cavité utérine est presque virtuelle, les fibres formant une voûte solide qui ne se laissera pas déprimer. Si, par contre, l'utérus reste inerte, la paroi est souple, molle, flasque et se laissera plus ou moins déprimer, ce qui favorisera consécutivement son renversement. Les causes de l'inertie utérine seront donc en même temps des causes qui pourront aider à la production de l'inversion.

Mais l'inertie utérine est fréquente et l'inversion rare ; il faut donc, en outre des causes mécaniques, actives, qui accentueront et parfois même produiront cette inversion.

Les causes déterminantes de l'inversion, seront presque toujours des manœuvres défectueuses pratiquées avant ou au cours de la délivrance.

En premier lieu, viennent se placer les tractions exercées sur la face interne de l'utérus par l'intermédiaire du cordon et du placenta plus ou moins adhérent. Ces tractions seront hâtives, parfois immodérées. Ce fait assez saillant dans l'histoire, de l'inversion, a été noté 11 fois sur les 25 observations que nous avons pu réunir.

Au cours des manœuvres d'extraction, la brièveté

naturelle ou accidentelle du cordon, a pu jouer le même rôle dans la production de l'inversion utérine.

La délivrance artificielle bien conduite n'entraîne pas de renversement de l'utérus, mais, quand elle est pratiquée par des mains inhabiles, et, surtout, quand le placenta est absolument adhérent, l'utérus peut suivre les tractions qui sont exercées presque directement sur la face interne de sa paroi qui se renversera.

Nous rangerons dans un second ordre de causes déterminantes : les pressions exercées de haut en bas sur le fond de l'utérus par sa face externe. Ces pressions peuvent être artificielles, et, l'expression utérine trop violente, faite suivant la méthode de CRÉDÉ dans l'intervalle des contractions surtout, pour décoller le placenta, peut amener une inversion de l'utérus en période d'inertie. M. RIBEMONT signale le fait dans sa thèse d'agrégation et donne deux observations à l'appui.

Par sa situation dans le bas-fond abdominal, l'utérus est soumis aux pressions continues et redoublées, exercées par les muscles puissants : diaphragme et muscles abdominaux qui circonscrivent la cavité abdominale. Si la résistance du muscle utérin n'est pas supérieure à ces pressions, les parois de la matrice peuvent se déprimer. Ainsi que BAUDELLOCQUE a pu l'observer, certaines inversions de la délivrance et la plupart des inversions des suites de couches, ont pu se produire à la suite de gros efforts provoqués par la toux, les vomissements, la défécation.

L'aspiration du fond utérin par le vide créé dans les voies génitales après un accouchement artificiel, en

l'absence de toute contraction, a pu parfois expliquer d'après certains auteurs, la production de l'inversion utérine.

Il existe enfin des cas où l'inversion a pu se produire par le seul jeu de la contraction utérine. Et, bien que l'on ait trop tendance à attribuer toujours l'inversion à des manœuvres intempestives, ces dernières causes énumérées plus haut peuvent prouver que l'inversion utérine « spontanée » admise depuis longtemps par TREUB et dont nous décrirons plus loin le mode de formation, doit certainement exister. MM. BAR, BAUDELOCQUE, BRINDEAU, en ont observé plusieurs cas.

M. G. ECALLE insiste sur ce point, car, dit-il : « Le principe de la responsabilité médicale a pu se trouver en jeu dans des cas semblables. Or, la possibilité de l'inversion spontanée fait que l'on ne peut accuser un médecin ou une sage-femme, d'avoir déterminé une inversion utérine, si l'on ne possède la preuve absolue qu'il y ait eu faute lourde de leur part. »

Toutes ces causes de l'inversion utérine étant ainsi envisagées, voyons quels seront les divers mécanismes susceptibles d'expliquer la production de l'inversion spontanée ou naturelle tout d'abord, de l'inversion artificielle ensuite. Dans les deux cas, l'inertie totale ou partielle du muscle utérin sera toujours à l'origine du processus de retournement.

L'inversion utérine spontanée sera rarement complète d'emblée ; en général, elle s'ébauche pendant le travail, ou au moment de l'expulsion du délivre, dont le décollement a pu s'effectuer sans aucune anomalie.

Pendant l'expulsion du fœtus, il se fait, entre le corps de l'enfant et les parois de la matrice, un vide que tendraient à combler les contractions des muscles abdominaux et du diaphragme, qui refoulent de haut en bas, vers le petit bassin, le contenu de la cavité abdominale. Si la résistance des parois utérines flasques, n'est pas alors supérieure à cette poussée abdominale, exagérée parfois par les efforts désordonnés et plus ou moins volontaires que fait la parturiente, le fond de l'utérus supportant le maximum des pressions, se déprimera plus ou moins dans la cavité de la matrice.

D'autre part, il est généralement admis que la zone d'insertion placentaire est plus susceptible qu'aucune autre partie de l'organe d'être le siège de paralysie. A son niveau, les fibres musculaires utérines, sont moins hypertrophiés et ont subi même des modifications histologiques profondes. Au moment de la sortie de l'arrière-faix normalement décollé même, cette surface utérine placentaire peut ne pas se rétracter aussi régulièrement que les parties voisines du muscle utérin. Les contractions actives du reste de la matrice, auront tendance à refouler vers la cavité utérine libre cette portion parésiée de la paroi de l'organe (obs. XXI).

DENUCÉ et d'autres auteurs n'admettent pas ce dernier mécanisme de l'inversion spontanée. Ils pensent que l'intervention des pressions abdominales, le vide que crée derrière lui le placenta agissant à la façon d'un piston dans un corps de pompe, constituant un appoint considérable aux contractions utérines propres pour constituer l'inversion utérine spontanée complète.

Des mécanismes analogues s'effectuant dans les mêmes conditions, peuvent être invoqués pour expliquer tout au moins le premier stade de l'inversion utérine artificielle. Ici interviendront alors simultanément ou consécutivement, des manœuvres étrangères qui auront pour effet d'accentuer ou de compléter l'inversion.

Il est facile de comprendre comment à la fin d'un accouchement, au moment de la délivrance, peut se produire l'inversion utérine. Le placenta, étant inséré sur le fond de l'utérus, si avant son entier décollement, on vient à tirer sur le cordon d'une façon intempestive, la paroi utérine encore souple et malléable sera entraînée avec le placenta. Si les tractions sont brutales et le placenta particulièrement adhérent, il pourra se produire d'emblée une inversion complète. C'est l'inversion utérine aiguë la moins dangereuse peut-être, car en général, elle peut être reconnue et réduite aussitôt.

Dans la délivrance artificielle, le tissu utérin peut être recouvert par le placenta et les membranes qui lui adhèrent fortement, parfois même au point de faire corps avec lui. Ceci rendra souvent le décollement pénible. Le placenta restera toujours accolé aux points difficiles à atteindre, par endroits on arrachera des lambeaux de caduque utérine. Si l'on essaie alors d'extraire l'arrière-faix, on pourra attirer en même temps une portion plus ou moins étendue de la paroi utérine correspondante. Au fond de l'organe, en particulier, les tractions s'exercent presque directement et perpendiculairement à sa surface. L'inversion a pu se

produire tardivement, après la délivrance artificielle (obs. III).

L'expression placentaire a pu également amener quelquefois l'inversion utérine (RIBEMONT). Les pressions exercées sur l'utérus, surtout pendant l'intervalle des contractions, ont pour résultat de refouler vers l'intérieur de la cavité utérine le placenta et parfois en même temps la portion de l'utérus sur laquelle ce dernier s'insère et se trouve adhérer intimément (obs. X, XII, XIII, XIV, XV, XIX).

Alors que pour certains auteurs (EMMET), le rôle des tractions mécaniques serait presque nul, d'autres auteurs soutiennent que les seules causes mécaniques peuvent suffire pour la production de l'inversion utérine puerpérale.

SYMPTOMES

Les symptômes de l'inversion utérine puerpérale varient par leur intensité avec le degré de la lésion et la rapidité plus ou moins brutale de son apparition.

Les inversions du premier degré peuvent offrir bien des nuances, depuis le plus léger affaissement qui passe souvent inaperçu, jusqu'à la dépression extrême, atteignant le col de l'utérus. Dans ce dernier cas, le palper abdominal permet de reconnaître la dépression du fond utérin, où l'on peut enfoncer les doigts et qui est limitée par un bourrelet circulaire saillant. Si on pratique le toucher manuel intra-utérin, on pourra sentir à travers l'orifice cervical, et plus ou moins près de l'anneau de BANDL, une masse qui fait hernie dans la cavité utérine, sous la forme d'une tumeur molle, plus ou moins rugueuse et inégale tout au moins dans la partie qui correspond à l'insertion placentaire. Cette masse est entourée d'une rigole circulaire à sa partie supérieure.

Les symptômes généraux sont souvent peu marqués, parfois cependant l'hémorragie peut être

abondante et la malade accuse des signes de syncope. Les douleurs plus ou moins supportables siègent au niveau de la région abdominale inférieure, en avant, et s'irradient dans la région lombaire, en arrière. Ce premier degré peut être la première étape d'une inversion plus grave.

Dans les inversions du second degré, le fond de l'utérus franchit l'orifice du col dilaté. Rien n'est visible à la vulve.

Au palper, les signes précédents sont plus accusés. La saillie sus-pubienne de l'utérus n'existe plus, parfois elle est à peine perceptible et la main qui palpe plonge comme dans une fosse (BAUDELOCQUE).

Au toucher, le vagin est rempli par une masse arrondie du volume d'une grosse tête fœtale qui, appuyant sur le périnée, déterminera chez la femme des envies de pousser. Cette masse présente à sa partie supérieure un pédicule qui émerge entre les lèvres élargies du col. Si le placenta a été décollé, cette tumeur saigne, elle pourra se contracter sous les doigts qui arriveront parfois à trouver sur ses parties latérales un orifice répondant de chaque côté à l'ostium utérinum des trompes.

Les phénomènes généraux sont plus graves. L'hémorragie est souvent sérieuse, parfois foudroyante. Les douleurs sont déchirantes, remontant dans l'abdomen et donnant aux malades une sensation d'arrachement. La compression de la vessie et de l'urètre amène parfois de la rétention d'urine (obs. xxv).

Dans les formes tardives des suites de couches, les phénomènes généraux sont souvent moins accusés. La douleur violente au moment où l'inversion se pro-

duit, peut s'atténuer ensuite. L'utérus est naturellement moins volumineux, de la grosseur d'une orange environ, sa consistance a été comparée à celle du carton mouillé ; il ne franchit pas la vulve.

Mais ces phénomènes n'acquièrent toute leur intensité que dans la période d'état caractérisée par le troisième degré de l'inversion.

Elle se produira brusquement entre l'accouchement et la délivrance dans le tiers des cas, dans les suites de couches immédiates dans les deux tiers des cas.

La douleur, à ce moment, est violente, brutale. DENUCE insiste sur son caractère (c'est une douleur poignante allant jusqu'au cœur). Elle est surtout violente si l'inversion est provoquée par une traction intempestive exercée sur le cordon. « Je souffre atrocement, vous m'arrachez le ventre », s'écriait une malade dans l'observation de DANTIN (obs. II). Elle est moins vive et moins brutale dans l'inversion spontanée et surtout dans l'inversion tardive. Cette douleur, à début hypogastrique, s'irradie bientôt dans tout l'abdomen, et s'accompagne même d'une certaine envie de pousser lorsque l'utérus vient appuyer sur le périnée. L'état général devient subitement très grave. La femme pâlit, présente vite un aspect angoissé. Son visage se couvre de sueurs froides, les traits contractés expriment la souffrance. La respiration devient haletante et superficielle, avec des phases d'accélération subite ; le nez se pince, les lèvres se cyanosent. La malade, agitée, souffrant atrocement, demande de l'air, angoissée par une respiration qui semble devoir lui manquer.

Le pouls devient de plus en plus petit, bientôt presque incomptable ; le rythme cardiaque est embryocardique. La tension artérielle tombe rapidement, presque imprenable. On peut noter quelques vomissements, et cependant, la lucidité d'esprit est parfaite. Ces femmes ont l'impression de la mort imminente. Une première syncope se produit, mais il est rare qu'elle soit d'emblée mortelle.

Cette grave atteinte de l'état général qui peut se produire en dehors de toute hémorragie, relève d'un état de choc profond (obs. xvi, xviii).

L'hémorragie contribue le plus souvent à aggraver l'état général, bien qu'il soit difficile de départager dans ce syndrome, ce qui revient au choc et à l'hémorragie.

L'hémorragie peut être nulle si le placenta n'est pas décollé au moment où se produit l'inversion, et s'il reste adhérent à l'utérus inversé. Dans ces cas, le rôle capital et quelquefois exclusif dans l'aggravation de l'état général, est dû au choc.

L'hémorragie peut être modérée et s'arrêter après l'inversion, si l'utérus retourné se contracte uniformément et reste bien rétracté.

Enfin l'hémorragie devient très abondante lorsque l'utérus reste en état d'inertie. Elle devient encore plus abondante après l'inversion, du fait de la congestion utérine provoquée par la gêne de la circulation en retour. Au cours d'une laparotomie, le professeur BAR a pu mettre en évidence le rôle de l'étirement de ces pédicules, dont les veines tendues et aplaties restaient vides et prenaient une teinte blanc nacré. Ces veines bleuissaient au contraire dès qu'un aide atténuait leur

tension en refoulant l'utérus par des manœuvres vaginales, les artères restent par contre perméables.

Les signes locaux, souvent assez évidents, passent ici au second plan.

La paroi abdominale est déprimée dans la région hypogastrique. Le palper ne permet pas de sentir le globe utérin absent. La main qui s'enfonce à travers la paroi peut percevoir le bord de l'infundibulum formé par l'utérus retourné.

A la vulve, apparaît l'utérus inversé. Si le placenta est encore adhérent, on en voit la face amniotique bleutée, parcourue par les vaisseaux émanant du cordon.

Si le placenta est détaché, l'utérus vu par sa face interne a la forme d'une demi-sphère ou un aspect piriforme effilé en haut, arrondi en bas. C'est une masse rouge foncé, couleur de chair, souvent hérissée de petites saillies grenues ou tomenteuses qui l'ont fait comparer à un ananas (P^r PINARD). Cette masse peut être recouverte de sang, de caillots et de débris de membranes. En l'essuyant doucement à la compresse, on peut reconnaître les orifices des trompes.

Si l'on pratique le toucher manuel, en suivant la partie effilée, on constate que le vagin a conservé sa longueur. Mais le doigt heurte successivement deux culs de sac. Le premier est le cul de sac vaginal ; le deuxième, dans la cavité cervicale, est le cul de sac cervico-corporéal, dont la face interne se continue avec la paroi de l'utérus inversé. En même temps la main abdominale peut accrocher l'anneau d'inversion. Cette masse peut se contracter ou se laisser distendre sous l'influence des excitations extérieures. Si on ten-

taît de l'exprimer, elle semblerait en partie réductible, mais cette manœuvre réveillerait une douleur atroce, comparable à celle que l'on déterminerait chez l'homme par la pression du testicule.

Suivant les cas, l'utérus inversé peut avoir la consistance d'une tumeur pleine qui pourrait faire croire à un fibrome (obs. x), ou au contraire donner l'impression d'une masse très molle, d'un chiffon mouillé. Il faut du reste être prudent et réservé dans cet examen qui, par l'excès de douleur qu'il détermine, serait susceptible d'aggraver l'état de choc (G. ECALLE).

DIAGNOSTIC

L'inversion utérine est un accident rare, et l'attention de l'accoucheur peut très bien ne pas porter sur elle au moment de sa production.

Au premier degré, le diagnostic est difficile, et l'inversion utérine passera souvent inaperçue.

Une hémorragie un peu abondante, des douleurs assez vives, accusées au moment de la délivrance, peuvent faire penser à un début de retournement, que le palper abdominal et le toucher vaginal combinés, pourront confirmer.

Pour le deuxième degré ou inversion vaginale, le diagnostic est déjà plus facile.

Les signes généraux constants sont toujours graves. La netteté des signes physiques est plus grande. Avant toute manœuvre manuelle ou chirurgicale, le palper hypogastrique minutieux renseignera exactement sur la présence ou l'absence du globe utérin derrière la symphyse pubienne. Le cathétérisme vésical préalable évitera toute cause d'erreur.

L'exploration vaginale méthodique reconnaîtra les caractères anatomiques spécifiques de l'utérus inversé qui ont été déjà étudiés. En particulier la présence des orifices des trompes siégeant sur les parties latérales de la tumeur, cette dernière pourra se contracter sous la main qui la palpe et qui peut la réduire assez facilement. La tumeur vaginale est souvent séparée du col utérin par un sillon circulaire, dans lequel pourront s'engager les doigts de la main.

Des erreurs ont pu cependant être commises. A ce stade de l'inversion, le corps utérin a pu être confondu avec une partie fœtale, un thrombus, parfois avec le placenta tout seul. M. Paul PUECH, de Montpellier, a pu recueillir dans la littérature, cinq observations dans lesquelles l'arrachement de l'utérus a été la conséquence d'une erreur de diagnostic, l'inversion ayant été méconnue.

DENUCE a réuni 40 cas d'erreur de diagnostic avec traitement intempestif, qui a aggravé au maximum la situation des parturientes.

Dans le troisième degré de l'inversion utérine puerpérale, malgré l'allure particulièrement spéciale des signes généraux, et l'extériorisation de la tumeur, des erreurs de diagnostic ont été faites.

Complète ou incomplète, l'inversion utérine devra être distinguée du prolapsus et surtout du polype utérin.

Dans le prolapsus utérin, on pourra constater l'effacement des culs de sac du vagin, la présence au sommet de la tumeur de l'orifice cervical où l'on peut enfoncer une sonde. Le vagin retourné également sur lui-même peut parfois entraîner avec lui, soit la ves-

sie, soit des anses intestinales qui créeront un obstacle à la réduction, la palpation excitera le besoin d'uriner.

Malgré leur histoire tout à fait différente, le polype utérin a pu en imposer pour une inversion utérine.

Les polypes se développent lentement ; ils s'accompagnent d'hémorragies, mais les troubles généraux n'apparaissent pas brusquement.

DENUCÉ résume le diagnostic différentiel en ce qui concerne les signes physiques de l'inversion utérine et des polypes dans les 3 tableaux suivants, dont plusieurs traits sont empruntés à GAILLARD THOMAS.

1^{er} degré ou dépression

Polypes

1° L'hystéromètre montre la cavité utérine augmentée.

2° Le toucher vaginal ou rectal, aidé de la palpation abdominale, montre que l'utérus a conservé sa forme globuleuse, il offre souvent une augmentation de volume.

3° L'acupuncture de la tumeur est indolente.

Inversions

1° L'hystéromètre montre la cavité utérine diminuée.

2° Les procédés d'exploration font reconnaître un aplatissement de l'organe, un rapetissement d'ensemble, et sur le corps même de l'utérus une dépression circulaire.

3° L'acupuncture est douloureuse.

2^e degré. Inversion incomplète

Polypes

1° L'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine en longeant la tumeur par l'un de ses côtés. Il peut atteindre le fond utérin et s'enfoncer à 50 millimètres de profondeur.

Inversions

1° L'hystéromètre pénètre entre le col et le pédicule, mais rencontre aussitôt une rainure circulaire contre le fond de laquelle il butte et ne peut s'enfoncer de plus 50 millimètres de profondeur,

2° Le toucher vaginal et rectal aidé de l'exploration vésicale, permet de constater la présence de l'utérus en son lieu ordinaire.

3° L'acupuncture et la pression sont indolentes.

2° Cette même exploration fait découvrir, à la place du corps de l'utérus, qui manque, une excavation en forme d'anneau rigide.

3° L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

3° degré. *Inversion complète*

1° L'hystéromètre pénètre dans l'utérus en contournant le pédicule de la tumeur.

2° Le toucher vaginal et rectal, aidé de l'exploration vésicale, permet de reconnaître la présence du corps de l'utérus en son lieu ordinaire.

3° L'acupuncture et la pression sont indolentes.

1° L'hystéromètre ne trouve plus de cavité en contournant le pédicule de la tumeur.

2° Cette même exploration permet de constater l'absence de l'utérus dans l'abdomen et de constater à la place une excavation à bords mous et déclinés en forme d'entonnoir.

3° L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

PRONOSTIC

- Le pronostic de l'inversion est toujours sérieux. Sur 37 cas publiés depuis 1910 dans les Bulletins des Sociétés françaises d'obstétrique, 15 se sont terminés par la mort ce qui donne un chiffre de mortalité globale de 40 %, chiffre très supérieur à celui de 25 % donné dans les ouvrages classiques (G. ECALLE).

En général, la mort n'est pas immédiate, brutale, et un certain laps de temps s'écoule entre le moment où se produit l'inversion, et le moment où la femme succombe.

Théoriquement, la mort peut être imputable au choc ou à l'hémorragie ; cette dernière est minime dans certains cas et ne peut alors expliquer à elle seule la gravité des symptômes observés (obs. vi). Il est assez difficile de différencier les parts respectives du choc et de l'hémorragie. La majorité des auteurs tendrait à attribuer au choc la part la plus importante dans la constitution de ce syndrome souvent mortel.

Cliniquement, en effet, le choc débute avec l'inversion, souvent il s'accroît progressivement ; il peut présenter parfois de légères rémissions passagères.

Dans certains cas où l'issue peut être favorable, l'état de choc peut persister assez longtemps. Mais, dit DANTIN : « Si l'état général s'améliore, ce n'est que très lentement, ces femmes restant un certain temps et plusieurs heures en péril. » La gravité immédiate de l'inversion est donc bien déterminée par cet état de choc progressif dont l'intensité dépend de beaucoup de facteurs.

Au premier degré anatomique, l'inversion est un accident en général bénin s'il est reconnu.

Au deuxième degré, l'inversion peut être déjà très grave, des cas mortels ont été relevés.

Les inversions du troisième degré sont d'une gravité extrême. L'hémorragie plus ou moins abondante vient encore aggraver le choc.

La cause de l'inversion a également de l'importance.

Les inversions spontanées sont en général moins graves. Pour BÉGOVIN et FAUGÈRE (obs. vi), elles guérissent le plus souvent.

Les inversions provoquées, par contre, sont beaucoup plus graves et sont comparables aux grands traumatismes abdominaux. Les phénomènes douloureux, en particulier, sont alors très intenses.

Le moment où se produit l'inversion peut constituer un facteur d'aggravation : les inversions les plus précoces après l'accouchement, sont beaucoup plus graves que les inversions tardives des suites de couches parmi lesquelles on relève bien moins de cas mortels,

Le pronostic dépend également du moment où est pratiquée la réduction et de la facilité avec laquelle cette dernière a pu être opérée.

Enfin, comme nous avons pu le constater dans la majeure partie des cas relevés, le transport de la malade vient encore aggraver l'état de choc et par suite le pronostic.

La réduction faite immédiatement dans les instants qui suivent l'inversion, est plus facile et comporte un pronostic relativement favorable.

Si les phénomènes de choc se sont déjà installés, réduite ou non réduite, le pronostic de l'inversion est toujours sombre et le moment critique semble correspondre aux heures qui suivent la réduction.

Pour ce qui concerne le pronostic éloigné de l'inversion, les premiers moments passés, des complications peuvent encore survenir dans les suites de couches.

La réduction tardive expose plus à l'infection que la réduction immédiate.

L'infection puerpérale plus ou moins atténuée, souvent compliquée de phlegmatia, est alors à redouter.

Les phénomènes de gangrène utérine peuvent apparaître et évoluer parfois d'une façon insidieuse avec un minimum de phénomènes généraux.

Si l'utérus inversé n'est pas réduit, il peut subir une involution sans troubles marqués, l'inversion passant pour ainsi dire à la phase gynécologique (PLAUCHU). Dans d'autres cas, il peut s'atrophier, et subir la transformation fibreuse.

Au cours de cette inversion prolongée, des complications sont à craindre, l'infection utérine banale peut être le point de départ d'une septicémie grave.

La gangrène de l'utérus inversé avec nécrose des couches musculaires pouvant aller jusqu'à la séreuse, a été signalée.

Le pronostic dépendra donc surtout de l'intervention rapide de l'accoucheur, la réduction immédiate amènera généralement la guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. le D^r GASCON (fils) : *Un cas d'inversion utérine puerpérale* (Journal des Praticiens, 30 avril 1921).

Mme X..., primipare, est prise le 2 mars 1920, à 8 h. des douleurs de l'accouchement.

Elle accouche spontanément à 10 heures du soir d'un enfant vivant qui pèse 3.200 grammes.

Dix minutes après, Mme X... se plaint des reins et du ventre ; elle ressent le besoin de pousser ; elle fait quelques efforts.

Subitement, sans que la sage-femme se soit livrée à des tractions sur le cordon, sort à la vulve une masse volumineuse, qui tombe sur le lit tout en restant suspendue aux parties génitales. En même temps l'accouchée perd connaissance.

La sage-femme, très effrayée, envoie d'urgence chercher un médecin, et, un quart d'heure après l'accident, j'étais sur les lieux.

La femme était revenue à elle. Je trouve une patiente extrêmement pâle, avec un pouls très fréquent, presque imperceptible, avec de l'angoisse respiratoire, une voix cassée, des extrémités froides.

Entre les jambes de la parturiente, j'aperçois une masse rouge foncé, irrégulière, parsemée de caillots sanguins, à la partie antérieure de cette masse, faisant un relief assez considérable, il est facile de reconnaître le placenta, complètement adhérent, au centre duquel s'insère le cordon.

Au palper, la main posée sur la région épigastrique, sent une dépression profonde et ne rencontre plus le globe de sûreté, comme à l'état normal.

Après désinfection des mains et du champ opératoire, on sent au toucher une masse prolabée, dure, tendue, globuleuse en bas, elle s'amincit vers la vulve. Le doigt arrivé dans le vagin sent un pédicule qui pénètre dans un orifice formé par un anneau de contraction modérément serré. Entre l'anneau et le pédicule, on trouve un sillon circulaire d'environ un centimètre de profondeur.

La réduction après décollement du placenta qui s'accompagne d'une hémorragie insignifiante est alors tentée.

Saisissant la tumeur par son fond, à pleine main, je la fis rentrer facilement toute entière dans le vagin. Alors, taxis périphérique qui réduit d'abord le pédicule ; puis, prenant la masse à son centre, je la sentis céder et pénétrer brusquement dans l'abdomen.

La réduction ne demanda pas plus de trois minutes. On s'assure que l'utérus a repris sa place et sa dureté habituelle.

Après, injection d'ergotine, piqure d'huile camphrée, injection intra-utérine très chaude, le poulx reprend un peu plus de force.

Les suites de couches furent mouvementées. Les premiers jours, température à 39°. Le 13^e jour, apparaît une phlegmatia au membre inférieur gauche ; le 18^e, au membre inférieur droit. Finalement la guérison est obtenue.

OBSERVATION II

DANTIN (d'Agen) : *Simple note sur un cas d'inversion utérine aiguë* (Gyn. et Obst., revue mensuelle, année 1922, t. VI, n° 5, p. 310).

Le 28 février 1921, à midi, nous étions appelé en toute hâte par l'un de nos confrères, auprès d'une jeune femme de vingt ans, qu'il assistait lui-même depuis quelques minutes.

Il avait été mandé pour une hémorragie de la délivrance et restait très frappé par l'état de shock très profond de la nouvelle accouchée, tandis qu'un très mince filet sanguin s'écoulait seulement, en bavant du vagin.

La sage-femme, très émue, nous invita à examiner le placenta qu'elle venait d'extraire. Les membranes n'étaient pas complètes et le cordon, au niveau de son insertion qui était marginale, était à moitié désinséré.

L'état de stupeur très grande de la malade, le souvenir encore vivant d'un cas clinique semblable, l'état du délire, nous portèrent à pratiquer sans retard le

toucher vaginal, après un rapide examen de l'état général de la jeune accouchée.

Celle-ci était étendue dans son lit, dans l'attitude de relâchement complet. Très pâle, les lèvres cyanosées, le nez pincé, effilé, le regard vague, la pupille dilatée, les traits contractés exprimant la souffrance, la respiration haletante, superficielle, avec des phases d'amélioration subite, le pouls petit, filiforme, presque incomptable, irrégulier et de tension très faible. La malade se plaignait de temps en temps du bas-ventre, angoissée par une respiration qui, parfois, semblait devoir lui manquer. Sa lucidité d'esprit était parfaite. Le cœur battait un rythme embryocardiaque; la poitrine et la partie inférieure du tronc étaient moites. Les membres inférieurs froids et le pouls fémoral difficile à percevoir.

L'examen du bas-ventre ne permettait pas de sentir le globe de sûreté. L'utérus paraissait absent du ventre.

Le toucher vaginal faisait percevoir, aussitôt la vulve franchie, une grosse masse, de consistance assez ferme, à surface grenue, ayant la forme d'une demi-sphère, d'une calotte renversée, qui distendait le vagin et était étranglée dans la profondeur par un sillon profond où l'index pouvait s'engager, sillon dont le versant externe était constitué par le col utérin ramolli et très distendu.

Aussitôt la réduction est pratiquée par taxis central, sous-anesthésie au chloroforme. La réduction assez facile fut obtenue en quelques minutes; la main et l'avant-bras restent vingt minutes dans l'utérus, en attendant le retour de la contractilité du muscle. On

recueille quelques lambeaux de membranes. A midi et demi, tout était localement ramené dans l'ordre, mais l'état de shock de la malade ne s'améliore pas. Malgré une thérapeutique active, la malade se refroidissant de plus en plus, succombait en pleine connaissance à 7 heures, après dix minutes seulement de coma.

Plus tard, nous apprîmes par la bouche du mari, que la sage-femme, aussitôt l'enfant né, avait fait un nœud au cordon et, après avoir eu soin de faire maintenir la jeune femme, avait tiré sur ce nœud jusqu'à ce que le délivre vînt. A un moment donné, la jeune femme s'était écriée : « Je souffre trop, vous venez de m'arracher le ventre ».

OBSERVATION III

BOUFFE DE SAINT-BLAISE : *Inversion utérine réduite après douze heures. Gangrène consécutive du fond et de la face antérieure de l'utérus.* (Société d'Obst. et de Gyn. de Paris, 14 novembre 1921 ; in Bull. de la Soc., t. x, n° 7, p. 475).

Observation d'une primipare de vingt-cinq ans, ayant présenté une inversion utérine dans les vingt-quatre heures qui suivirent une délivrance artificielle pour non décollement du placenta. L'inversion fut réduite sans manœuvre de force dès son entrée à Saint-Antoine, le lendemain de l'accouchement.

La malade mourut le huitième jour.

A l'autopsie, le fond et la face antérieure de l'utérus étaient remplacés par un putrilage de tissu sphacélé.

OBSERVATION IV

Gabriel MIGINIAC (Toulouse) : *L'inversion de l'utérus et son traitement conservateur par la colpo-hystérotomie antérieure.* (Gynécologie et Obstétrique. Année 1923. Tome VII, n° 1, p. 37).

En 1902, au mois d'avril, j'ai opéré dans le service de clinique du professeur DAMBRIN, une malade âgée de trente et un ans, qui avait une inversion utérine produite au cours d'un accouchement datant du 31 janvier.

La sage-femme avait tiré sur le cordon, et « retourné » l'utérus, d'où une hémorragie formidable que le Dr DAMAGNEZ, appelé d'urgence, peut arrêter par le tamponnement.

Deux fois, M. DAMAGNEZ échoua dans ses tentatives de réduction de l'inversion : le jour de l'accouchement et le lendemain.

Cette malade perdant presque chaque jour du sang, entra le 11 avril à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, où les élèves du service la considèrent comme atteinte de polype utérin : erreur classique.

Le diagnostic était facile. Ce pseudo-polype était de couleur rouge cerise, gros comme un œuf, avec un gros pédicule axial ; l'hystéromètre introduit dans le col, butait partout à 15-20 millimètres sur un obstacle infranchissable.

On ne sentait pas le corps utérin à sa place, ni au palper abdominal, ni au toucher rectal. En revanche, le doigt rectal touchait directement le bout d'un cathéter vésical.

La malade était pâle et anémiée, et quoique les orifices des trompes fussent invisibles sur la muqueuse. Le diagnostic d'inversion utérine irréductible s'imposait. L'anneau formé par le col était impossible à dilater, même sous anesthésie.

Avant d'opérer cette malade, j'avais consulté les traités classiques récents et spécialement les ouvrages de LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, l'article du professeur FERGUE (Traité LEDENTU-DELBET), le livre de FAURE et SIDEREY, le Précis de PROUST et CHARRIER.

J'avais conclu de ces lectures que la meilleure opération était la colpo-hystérotomie postérieure décrite et figurée par tous les auteurs, l'opération dite de KÜSTNER, plus justement de PICCOLI, qui offre des difficultés considérables.

La colpo-hystérotomie antérieure (opération italienne et française), fut alors pratiquée avec aisance et sans complications.

La malade quitta l'hôpital le 23^e jour, guérie, avec utérus mobile, normal et normalement situé.

OBSERVATION V

MAUCLAIRE : *Utérus puerpéral inversé très friable. Dangers de la réduction vaginale secondaire* (Bull. de méd. de la Soc. anat., avril 1922, p. 168).

L'inversion se produit le 11 février. Infection. Le 15 mars, tentative de réduction par voie vaginale. Insuccès. Laparatomie ; tentative de réduction : déchirure malgré la douceur des manœuvres. Hystérectomie.

OBSERVATION VI

M. FAUGÈRE : *Sur un cas d'inversion utérine* (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux. Séance du 19 février 1924. In Bulletin de la S. d'Ob. et de G. de Paris, n° 4, 1924).

Mme S..., Ipare, 18 ans, accouchement normal à 4 h. 30 du matin. Délivrance assez rapide, 15' après l'accouchement, délivrance normale, dit la sage-femme. Légers débris de membranes utérines.

La malade perd peu de sang. Elle souffre beaucoup. Le faciès est pâle, pouls rapide, irrégulier, injection de caféine. L'état s'aggravant, un médecin est appelé.

Le médecin est frappé par le faciès et les phénomènes généraux graves que présente la malade. Le pouls est rapide, irrégulier, le rythme devient presque embryocardique.

Examen local, utérus petit. Perte de sang peu abondante (au toucher on sent une masse dure, arrondie à la place du col).

La sage-femme assure qu'elle n'a fait aucune traction sur le cordon pour activer la délivrance. Traitement : huile camphrée, caféine. Le médecin est frappé par ce fait que les signes généraux sont hors de proportion avec l'hémorragie pressentie qui, pour lui, est minime.

La malade est transportée à la maison de santé (voyage de 10 kms) ; c'est à son arrivée que nous sommes appelés à l'examiner.

Signes généraux graves : faciès pâle, traits tirés, pouls petit, irrégulier, très rapide. Douleurs abdominales et lombaires intenses. Signes locaux : perte de

sang minime, au-dessus du pubis, tumeur utérine, à mi-chemin de l'ombilic. Dépression très nette au centre, cul de fiole constitué par la partie utérine non inversée.

Par le toucher, on arrive sur l'utérus inversé dans la cavité vaginale formant une tumeur à pédicule large qui dépasse largement l'orifice du col.

On fait le diagnostic d'inversion utérine. Sous anesthésie à l'éther ; on tente la réduction qui se fait assez facilement par taxis de toute la tumeur d'abord, puis latéral. La réduction effectuée en pratiquant un léger massage intra-utérin, nous enlevons de légers débris de membranes et de placenta ; l'utérus se contracte, la malade ne perd pas de sang. Les douleurs ont disparu. Le traitement général ne donne rien. Les accidents de choc entraînent la mort de la malade qui succombe à 4 heures du soir, après avoir présenté un mieux relatif quelques minutes après l'intervention.

OBSERVATION VII

MM. RHENTER et BANSILLON: *Un cas d'inversion utérine* (Bulletin de la Société d'O. et de G. de Paris, n° 8, 1925. Réunion obstétricale de Lyon, séance du 7 mai 1925, p. 577).

Une femme de 23 ans, primipare, enceinte de 8 mois un quart. On constate de l'œdème des membres inférieurs, une insuffisance mitrale fonctionnelle, de l'albuminurie.

On la fait rentrer à la Maternité de la Charité. Les urines contiennent 13 gr. 5 d'albumine par litre, la tension artérielle est de 16/10.

Le 10 et le 15 avril, la malade a deux crises d'éclampsie. Le 16 avril, on provoque l'accouchement, il y a un commencement de travail ; on décolle largement le pôle inférieur de l'œuf et on rompt les membranes. Le travail dure en tout 9 heures.

La dilatation est complète, la tête dans l'excavation, on extrait par forceps un enfant vivant de 3.500 gr.

Quarante minutes après l'extraction de l'enfant, le placenta paraissant décollé, on pratique le refoulement du fond utérin. La malade fait à ce moment quelques efforts expulsifs et l'on voit apparaître à la vulve le placenta par sa face fœtale et les membranes qui coiffent une masse volumineuse qu'ils recouvrent complètement. On pense à un volumineux hématome rétro-placentaire et l'on rompt les membranes. On aperçoit alors la muqueuse utérine. C'est l'utérus complètement retourné qui s'est éversé en dehors des voies génitales. Il s'agit d'une inversion utérine complète ; tout de suite on procède à l'ablation du placenta et des membranes d'ailleurs complètement décollés. Le corps utérin saisi à pleine main est reporté dans le vagin ; progressivement on arrive à lui faire franchir l'anneau de BANDL, lequel est dilaté à 5 cm. La réduction totale s'effectua en quelques minutes et sans trop de difficultés. On fait suivre ces manœuvres d'une injection intra-utérine iodo-iodurée. Aucune hémorragie n'est perceptible et pendant que l'on pratique l'injection, on perçoit le globe utérin dur et globuleux en contraction évidente. Immédiatement après la réduction, la malade présente un état de choc prononcé qui dure environ une

heure et qui cède aux toni-cardiaques et au sérum artificiel.

Les suites de couches furent normales, mis à part quelques accidents infectieux locaux dus à une infection légère du périnée.

OBSERVATION VIII

SARF : *Inversion utérine complète post-partum* (Presse Médicale, 17 février 1926).

Mme Julie F..., primipare de 19 ans, entre à la salle de travail le 7 décembre 1925. Les antécédents héréditaires et personnels ne montrent rien d'anormal ; elle a été réglée pour la dernière fois du 2 au 8 février et a senti les mouvements actifs du fœtus à 4 mois et demi ; l'évolution de la grossesse est normale et le début du travail a lieu à terme.

A l'entrée, à 1 h. 30, la sage-femme de garde trouve un sommet bien engagé en OIDP avec un col dilaté comme deux francs. L'examen des urines est normal, la température est de 36°8.

Le 7 décembre, à 8 heures, la dilatation est de deux francs ; les membranes sont intactes, les bruits du cœur sont bons, la température est à 36°9 à 17 h. 15. La dilatation est complète. On fait la rupture des membranes, le liquide est légèrement teinté, les bruits du cœur sont bons.

A 18 h. 15, expulsion d'une fille vivante pesant 2.900 grammes. A 18 h. 45, le placenta est dans le vagin et essayant de terminer la délivrance par de légères tractions sur le cordon, on voit apparaître à la vulve le

placenta adhérent à une volumineuse tumeur et on constate une inversion utérine totale. L'accouchée a une hémorragie abondante ; elle est très pâle, le regard vague, le pouls est petit, elle est dans un état lipothymique.

On fait immédiatement une injection hypodermique d'huile camphrée et une injection intra-veineuse de 500 cc. de sérum physiologique.

A 19 h. 45, on décolle assez facilement le placenta et tandis qu'un aide comprime l'aorte, on replace la masse utérine dans le vagin et par un taxis latéral, on fait la réduction de l'utérus qui bientôt reprend sa place normale.

On fait une révision de la cavité utérine et immédiatement après une injection chaude intra-utérine avec la solution de TARNIER. On termine par un tamponnement utérin et une injection d'ergotine. Le pouls est à 120, injection d'huile éthérée camphrée, sérum intra-veineux 700 cc., injection de 2 cc. de sparteïne ; on continue à comprimer l'aorte et on fait encore 2 cc. d'ergotine.

A 20 heures, le pouls est petit, mais mieux frappé ; à 20 h. 45, la femme est agitée, le pouls est incomptable, le faciès décoloré ; on fait respirer de l'oxygène et on pratique une injection intra-veineuse de 1/4 de mmgr. d'ouabaïne. La mort paraît imminente et l'on pratique la respiration artificielle et une injection intra-cardiaque d'adrénaline. A 21 h. 45, décès.

A l'autopsie, on trouve une ecchymose sous-péritonéale assez étendue à la partie supérieure gauche du segment inférieur.

OBSERVATION IX

PÉRY : *Un cas d'inversion utérine* (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux. Séance du 16 mars 1926).

X... entre à Canolle pour inversion utérine aiguë puerpérale. Elle a accouché la veille au soir dans les conditions suivantes : présentation du siège décomplété mode des fesses, sur lequel un médecin a fait successivement trois applications de forceps.

Au moment de l'extraction du front, le cordon qui cependant ne présentait pas de brièveté anormale, s'est rompu au ras de l'ombilic.

La manœuvre de MAURICEAU a été difficile ; bref, il a été impossible de ranimer le fœtus.

Un moment après, la malade perdant du sang, le médecin a voulu faire la délivrance par expression, sans qu'il fut exercé de tractions.

Pendant qu'il exerçait des pressions modérées sur l'utérus, la malade a fait un violent effort d'expulsion et le placenta est apparu à la vulve, accompagné d'une hémorragie de moyenne intensité.

On s'est aperçu alors que le placenta adhéraît encore à l'utérus totalement inversé dans le vagin.

Après séparation du délivre, le médecin essaie vainement de réduire l'inversion. Un deuxième médecin appelé ne réussit pas mieux.

On se contente alors de tamponner le vagin.

L'état général de la malade ne présentant rien d'immédiatement inquiétant, on la dirige le lendemain sur Bordeaux,

A l'arrivée à Canolle, le diagnostic d'inversion du 2^e degré à la vulve, ne peut qu'être confirmé : absence de globe sus-pubien, grosse tumeur rouge et mollassse intra-vaginale, circonscrite à sa partie supérieure par un bourrelet circulaire modérément rétracté.

L'état général est bon, je conseille de placer un gros ballon de CHAMPETIER dans le vagin et de s'abstenir de toute manœuvre.

Je revois la malade cinq heures après la mise en place du ballon. L'aspect est rassurant, le pouls plein et bien frappé.

Au palper, je trouve au-dessus du pubis une tumeur qui paraît présenter les caractères habituels de l'utérus des suites de couches.

De fait, après avoir enlevé le ballon, je constate que le vagin est vide et un toucher profond vérifie la réduction complète de l'inversion.

Après une poussée d'endométrite légère pendant les suites de couches, la guérison est obtenue au 15^e jour.

OBSERVATION X

D^r PAWLOS AR. PÉTRIDIS : *Un cas d'inversion utérine post-partum* (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, av. 1926).

Asp... Sta..., 27 ans, primipare.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans. Réglée depuis l'âge de 16 ans ; règles douloureuses, durent 8 jours. Aurait été soignée pour des attaques d'hystérie.

Dernières règles du 27 janvier.

A son entrée dans le service, l'examen général ne révèle rien d'anormal. Les bruits du cœur fœtal sont bons. Tête en OIDP dans l'excavation, la dilatation est complète.

Le travail a débuté à 7 heures du matin ; poche des eaux rompue six heures avant les douleurs.

Protocole d'intervention : indications, inertie utérine ; fièvre : 37°3, parturiente épuisée, application de forceps, nouveau-né ranimé.

Dix-sept minutes-après l'extraction de l'enfant, le placenta est sorti complet, mais accompagné de forte hémorragie ; la manœuvre de CRÉDÉ avait été appliquée avec douceur.

Shock très marqué, toniques généraux.

Examen par le vagin ; on sent une masse charnue, ronde, occupant le fond du vagin. Tumeur en forme de poire, dont le col est entouré d'une collerette que l'on suppose être le col utérin. On pense à un fibrome de l'utérus prolapsé dans le vagin ou à un prolapsus. On fait un tamponnement serré, l'hémorragie cesse, le shock persiste, mais moins accentué.

Le 3^e jour, la température est de 38°5 le soir, le pouls à 130. On enlève le tampon. Quatrième jour, pas d'amélioration appréciable. Depuis le jour où on a enlevé le tampon, le sang ne cesse pas de suinter et on trouve des caillots dans le vagin. Traitement 10 cc. de sérum anti-streptococcique. Le 6^e, 7, 8^e jour, la température oscille entre 38° et 39°. Les pulsations autour de 120.

Le sang ne cesse pas de suinter ; on fait un examen gynécologique minutieux. Après mise en place des valves, on s'aperçoit que l'utérus est inversé, augmenté de volume, plus dur, couleur de plomb.

L'examen du sang montre une anémie considérable avec infection puerpérale ; irrigation au Dakin, sérum antistreptococcique. Au 21^e jour, apparition d'une phlébite puerpérale du membre inférieur gauche. La malade quitte l'hôpital au 39^e jour ; l'état local s'est un peu amélioré. Trois mois après l'accouchement, le médecin de la famille pratique des tamponnements vaginaux qui ont amené la réduction parfaite de l'utérus inversé.

Au mois de septembre 1924 : nouvelle grossesse, enfant normal. On a dû faire une délivrance artificielle pour hémorragie secondaire.

OBSERVATION XI

MM. G. MICHEL et H. VERMELIN : *Un cas d'inversion de l'utérus*. (Société d'Obst. et de Gyn. de Nancy, 15 décembre 1926. In Bull. de la Soc. de Paris, février 1927, n° 2, p. 178).

En mai dernier, l'un de nous était appelé auprès d'une jeune femme primipare de 32 ans, accouchée 3 jours auparavant dans les circonstances suivantes : le travail s'était déclenché à terme le 28 mai et terminé 18 heures après, par l'expulsion spontanée d'un enfant vivant de 3.800 grammes.

Immédiatement après, au dire de l'entourage, la sage-femme avait par traction extrait la délivrance.

Cette manœuvre avait été suivie d'une hémorragie violente et un médecin avait été appelé.

Dans l'intervalle, la sage-femme pratiquait deux injections sous-cutanées d'ergotine.

Dès son arrivée, le médecin est frappé de l'anémie intense de la malade ; l'hémorragie est arrêtée. Il se contente de prescrire un traitement général, la sage-femme l'assurant du bon état local.

Le lendemain, la malade accuse des sensations de poussées énergiques qui attirent l'attention du médecin ; il examine et trouve dans le vagin une masse volumineuse qu'il croit être un fibrome.

Il demande l'avis d'un confrère qui pense à la possibilité d'une inversion utérine, et tente sous chloroforme la réduction manuelle qui échoue.

Il se produit un nouvel écoulement sanguin, l'état général est très mauvais, on décide une nouvelle consultation.

Lors de cet examen, l'altération profonde de l'état général est frappante.

Le palper abdominal montre l'existence d'une tumeur sus-pubienne, dépassant la partie supérieure du pubis de deux travers de doigt ; la vulve, largement déchirée, laisse suinter un peu de sang.

Devant la difficulté d'un toucher vaginal sans anesthésie, on donne quelques gouttes de chloroforme.

La tumeur remplit le vagin ; elle est dure, lisse, régulière et se continue vers la partie supérieure du vagin par un pédicule ; on ne sent en aucun point le bourrelet pouvant correspondre au relief cervical ; il y a continuité entre la masse vaginale et la masse sus-pubienne, au niveau de laquelle on ne perçoit aucune dépression.

Au cours de l'examen, la tumeur se ramollit et le diagnostic d'inversion utérine se confirme.

Une prudente tentative de réduction est aussitôt

suiwie de syncope, dans des conditions aussi précaires on renonce à tout traitement immédiat, et l'on se contente de poser les indications du traitement d'avenir.

1° En cas d'infection, hystérectomie vaginale sur place ;

2° En cas d'amélioration de l'état général, transfert de la malade dès que possible dans un centre chirurgical où l'on tentera la réduction.

Dans les jours suivants, l'état général se remonte et au 15^e jour, la malade est amenée à Nancy.

L'intervention est pratiquée 4 jours après sous anesthésie générale.

Sous le contrôle de la vue, on essaie de faire une hystérotomie postérieure. Les tissus sont friables, et la pince arrache des lambeaux utérins, par ailleurs l'abaissement du col est impossible, sa délimitation ne pouvant être faite.

Dans ces conditions, on se résout à l'hystérectomie vaginale rapide, et la malade quitte la clinique, trois semaines après l'intervention.

OBSERVATION XII

M. FLEURENT : *Un cas d'inversion utérine puerpérale* (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg. Séance du 3 janvier 1927. In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, n° 3, mars 1927).

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, primigeste.

Au point de vue des antécédents généraux : jamais malade, sauf une pneumonie à l'âge de 10 ans.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans, époques régulières ; dernières règles du 20 janvier 1926.

Au cours de la grossesse, elle vint me consulter ; au 8^e mois, tout est en ordre.

Je revois la malade le 26 octobre à une heure du matin, où on me l'amène à l'hôpital pour inversion utérine.

Voici ce qui s'était passé : l'accouchement avait duré toute la journée du 25 ; le soir, comme la femme était épuisée, on cherche le médecin qui applique le forceps, et extrait un enfant normal. Pendant que la sage-femme s'occupe de l'enfant, le médecin assis à côté de l'accouchée surveille l'utérus. Quelques instants plus tard, la sage-femme exprime le placenta par manœuvres externes, mais, au même moment, la femme se plaint de ressentir de violentes douleurs dans le bas-ventre, accompagnées d'une forte hémorragie.

La femme, peu après, a une syncope, le pouls est petit, filant, les traits sont tirés, la figure angoissée.

L'hémorragie ne s'arrête pas, le confrère veut faire des massages de l'utérus, mais il n'arrive pas à le sentir de l'extérieur.

Il pratique alors le toucher vaginal et constate l'inversion. La réduction est tentée aussitôt, mais sans succès. Un tamponnement vaginal est fait et la malade est transportée en auto-ambulance à l'hôpital de Colmar.

A son arrivée, je trouve une personne d'une pâleur de cire, aux muqueuses complètement décolorées, le pouls est filiforme, extrémités froides, l'état de choc et d'anémie sont extrêmes.

Par le palper abdominal, je ne trouve pas l'utérus. Au toucher, je sens une tumeur grosse comme le poing, ronde, très molle.

Je fais donner quelques gouttes d'éther et arrive facilement à réduire l'utérus inversé inerte.

La transfusion sanguine est pratiquée aussitôt, mais on n'a pas le temps de terminer que la femme meurt.

Nous n'avons malheureusement pas pu faire l'autopsie.

OBSERVATION XIII

C. C. ELLIOTT : *Inversion de l'utérus* (In the British Medical Journal, 1^{er} octobre 1927, p. 595. Trad. pers.)

Au mois de janvier 1925, j'étais appelé auprès d'une jeune primipare, en bonne santé. La poche des eaux était rompue depuis 24 heures. La tête était bien engagée, la malade fatiguée, les contractions utérines étaient faibles. L'accouchement fut terminé par une application de forceps sous anesthésie. Après l'extraction de l'enfant, le décollement du placenta est long à se produire, l'expression utérine est pratiquée uniquement pendant les contractions utérines. Aucune traction n'est exercée sur le cordon.

Au moment où la sortie du placenta semble se faire, l'utérus n'est plus perceptible au-dessus de la symphyse pubienne et l'organe inversé apparaît à la vulve encore recouvert par le placenta. La malade était parfaitement consciente et n'accusait pas trop de douleur. Après avoir décollé le placenta, l'utérus saisi dans la main droite est réintégré dans le vagin et une réduction bimanuelle remet l'organe dans sa position normale sans trop de difficultés.

OBSERVATION XIV

J. G. HAYES : *Inversion de l'utérus* (In the British Medical Journal, 29 octobre 1927, p. 786, trad. pers.).

Une femme âgée de 22 ans, vint me consulter le 20 juillet 1927 au terme de sa première grossesse. On extrait au moyen d'une application de forceps un enfant vivant bien constitué, du sexe féminin.

Le placenta paraît quelque peu adhérent après 40 minutes d'attente on pratique de légères manœuvres d'expression utérine et on s'apprête à terminer l'extraction du placenta descendu dans le vagin par torsion autour des membranes. On trouve alors le fond de l'utérus inversé dans le vagin. On décolle complètement le placenta de l'endomètre, dont la surface apparaît alors rouge brun, tomenteuse, avec quelques points hémorragiques sans que l'écoulement sanguin soit considérable.

Après que la sage-femme eut nettoyé au sérum physiologique la surface de l'organe inversé, on essaie mais vainement de réduire l'inversion.

La malade à ce moment là présente des signes de collapsus ; on n'insiste pas. Après de nombreuses irrigations au sérum pratiquées pendant le reste de la journée et la nuit, après avoir relevé l'état général. Dix jours après sous anesthésie on arrive, après un quart d'heure d'efforts, à réduire l'inversion.

La malade recouvre peu à peu ses forces par la suite et se trouve en parfaite santé.

OBSERVATION XV

M. J. COLL DE CARRERA : *Un cas d'inversion utérine puerpérale*. (Réunion Obst. et Gyn. de Montpellier. Séance du 18 mai 1927. In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, n° 7, juillet 1927, p. 482).

Il s'agissait d'une secondipare de 23 ans. Les dernières règles étaient du 13 janvier 1926.

Grossesse actuelle normale, sauf quelques pertes rouges revenant sans aucune régularité pendant 5 à 6 mois. Dans l'intervalle, pertes blanches abondantes.

Le 18 octobre, la femme entre en travail : premières douleurs à 5 heures du matin, expulsion à 6 h. 15 : travail extrêmement rapide.

Sitôt l'enfant né, la sage-femme procède à la délivrance par tractions sur le cordon longtemps continuées et douloureuses pour la patiente.

Au moment de la délivrance, la femme ressent une très violente douleur à siège lombaire, pâlit, perd connaissance. Une violente hémorragie que les injections très chaudes n'arrivent pas à juguler, se produit.

Un toucher pratiqué alors permet à la sage-femme de reconnaître dans le vagin une masse qu'elle essaye d'extraire, n'y parvenant pas, elle me fait appeler.

A mon arrivée, je trouve une femme en état syn-
copal.

A l'examen, je n'arrive pas à sentir le globe utérin au-dessus de la symphyse pubienne.

Le toucher montre que le vagin est occupé par une masse volumineuse, descendant jusqu'à l'orifice vulvaire, saignant au contact, et sur laquelle le doigt sent

latéralement les orifices tubaires, cette masse se contracte sous le doigt. On se trouve en présence d'une inversion utérine du 2^e degré.

J'interviens aussitôt et suis assez heureux pour réduire assez rapidement l'utérus par taxis latéral. Cette manœuvre a été singulièrement facilitée par l'état de la femme qui, sans connaissance, ne réagissait pas.

Dès la réduction opérée, la syncope cesse. Je laisse la main dans l'utérus jusqu'à ce que la contraction utérine apparaisse vigoureuse.

L'intervention est terminée par un tamponnement serré de la cavité utérine, à l'aide d'une bande de gaze imbibée de bouillon-vaccin antistreptococcique.

En dehors du traitement général, je fais une injection de 40 cc. de sérum antistreptococcique. La mèche de gaze est enlevée le lendemain.

Je suivis la malade pendant 4 jours, la température n'atteignit jamais plus de 38°. Je recommandai de garder le lit au moins pendant trois semaines à la malade, qui, six jours après se levait.

J'examinai de nouveau cette femme il y a un mois. Elle se plaignait de douleurs lombo-abdominales. Je trouvai un très volumineux pyo-salpinx gauche avec un utérus subinvolué, à droite annexes perceptibles, mais pas de douleurs.

OBSERVATION XVI

M. LÉON VALLOIS : *Un cas d'inversion utérine complète post-partum.* (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, n° 7, juillet 1927, p. 483).

Arrivé une demi-heure après l'apparition des accidents, en recourant au taxis par refoulement péri-phérique, j'ai pu réduire l'inversion de l'utérus qui, complètement retourné, était entre les cuisses de la femme.

Quoique le placenta eût été enlevé, la face utérine ne saignait pour ainsi dire pas et ce qui dominait la scène était le shock.

La réduction fut relativement facile.

Mais, après réduction, le fond utérin tendant à s'inverser de nouveau, je tamponnai l'utérus avec une longue bande de gaze iodoformée.

La femme ne tarda pas à se remonter et à se remettre complètement.

OBSERVATIONS XVII et XVIII

M. LÉON VALLOIS : 2 cas d'inversion utérine complète post-partum. (Société d'Obst. et de Gyn. de Paris, n° 7, juillet 1927, p. 485-486).

(Obs. I). — Il s'agissait d'une femme qui fut amenée à la Maternité de Montpellier le 28 février 1915, 4 jours après son accouchement. Elle avait été assistée par une matrone qui, après l'expulsion de l'enfant, aurait pendant plusieurs heures frictionné la matrice et exercé des tractions sur le cordon sans obtenir d'autre résultat que faire souffrir l'accouchée. Celle-ci aurait expulsé des caillots et présenté des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vue. Enfin, une sage-femme appelée, aurait, elle aussi, tiré sur le cordon et aurait dit à la femme de faire des efforts d'expulsion.

A un moment donné, l'accouchée aurait éprouvé une douleur très vive en même temps que la sensation que quelque chose tendait à sortir des parties génitales. La sage-femme aurait extrait le placenta et pensé à l'existence d'une inversion qu'elle aurait essayé de réduire, mais sans résultat. Ce ne fut que trois jours après qu'un médecin enfin appelé, aurait sondé la malade qui n'avait pas uriné depuis l'accouchement, et en l'examinant aurait trouvé dans le vagin l'utérus inversé, ce qui aurait immédiatement décidé le transfert de la femme à la maternité de Montpellier. A son arrivée, on constate un état général mauvais. Pouls 144. Température 39°2. De la vulve se dégageait une odeur extrêmement fœtide. L'utérus complètement inversé, était dans le vagin. Une tentative de réduction échoue. En raison des signes d'infection grave et peut-être de sphacèle, il parut indiqué de ne pas insister et de procéder à une hystérectomie vaginale, qui fut pratiquée sans difficultés sérieuses. La malade a fini par guérir, mais après avoir présenté une série d'accidents : une escharre sacrée très étendue avec décollement de la peau, une phlegmatia des deux membres inférieurs, un érysipèle de la face.

(Obs. 2). — Une femme accouchée depuis plusieurs heures présente des phénomènes de shock avec tendance à la syncope, sans aucune hémorragie. L'inversion de l'utérus quoique complètement retourné et descendu dans le vagin, avait été méconnue. Sans grande difficulté, l'inversion utérine fut réduite et n'eût plus tendance à se reproduire. Les phénomènes

de shock disparaissent, mais la malade succombe plus tard à la suite de phénomènes infectieux.

OBSERVATION XIX

DONOVAN : *Inversion de l'utérus complète. Guérison.*
Trad. res. pers. In the British Medical Journal, 1928,
tome I, p. 756).

Une femme de 37 ans, normalement réglée d'habitude, rentre en douleurs à l'hôpital au mois de septembre 1927. Le travail s'était déclanché à 8 h. 30. La parturiente se plaint de difficultés éprouvées au moment d'uriner. Ses règles normales, elle a eu un premier enfant vivant. Lors de son dernier accouchement le travail a été long et on a pratiqué une délivrance artificielle.

Après l'expulsion de l'enfant, la malade saigne et a une syncope. Sans tractions sur le cordon, on pratique l'expression utérine et une demi-heure après l'inversion se produit.

Les phénomènes de choc s'accroissent, le pouls est imperceptible.

L'utérus est à la vulve recouvert par le placenta et les membranes.

Après décollement du placenta et des membranes, l'inversion est réduite manuellement par taxis central.

L'état de shock persiste. On fait 1 cc. de pituitrine, une injection d'adrénaline et du sérum physiologique intra-rectal. A 5 heures de l'après-midi, on a une amélioration. Température 39°. Pouls 120. Respiration

32. On remonte l'état général par la digitaline et la strychnine, le sérum physiologique. On pratique une injection intra-utérine et des injections vaginales antiseptiques.

Le troisième jour, on a une chute de la température, l'état général s'améliore progressivement ; le 22^e jour, la malade se lève et quitte l'hôpital au début de la 4^e semaine, complètement rétablie.

OBSERVATION XX

MM. LAFFONT et JAHIER : *A propos d'un cas d'inversion utérine complète survenue au troisième jour des suites de couches.* (Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger. Séance du 19 juin 1929. In Bull. de la Soc. de Paris, novembre 1929).

Mme X..., secondipare de 28 ans, accouche spontanément, le lundi à 3 heures, d'un enfant bien conformé, dans un délai court (14 heures). Il n'y eut pas de circulaire cervical, ni de tractions sur le cordon. La délivrance fut spontanée (même pas de légères tractions ni d'efforts d'expansion), aux dires de la sage-femme et de la famille.

Après la sortie du délivre, hémorragie assez importante, qui cède à une injection de un gramme d'ergotine.

Peu après apparaissent des tranchées utérines très douloureuses, survenant toutes les dix minutes. L'un de nous voit la malade vers huit heures. L'utérus est gros, dur, tendu, les contractions violentes, très douloureuses,

Une légère expression ne provoque pas la sortie de caillots. Nous administrons du laudanum, du viburnum, et faisons la thérapeutique de l'état général altéré (sérum, huile camphrée). Les douleurs vont diminuant d'intensité et de fréquence, en même temps que l'état général se remonte et que la température s'élève à 37°9 le lundi soir, à 38°1 le mardi matin et à 38°6 le mardi soir. A ce moment, l'utérus est gros, il dépasse l'ombilic, reste dur dans ses parties accessibles. En raison de l'élévation de la température et de cette constatation du volume de l'utérus, nous envisageons pour le lendemain une révision manuelle de l'organe.

Dans la nuit, à l'occasion d'un violent effort de défécation, la malade ressent dans l'abdomen une douleur atroce et perd momentanément connaissance. Ceci mercredi à 2 heures.

Nous voyons la malade à 8 heures et sommes frappés d'emblée de l'altération de son état général. Le faciès est décomposé, le pouls à 140. La recherche du globe de sûreté montre qu'il a disparu. Nous possédons le diagnostic d'inversion utérine, et le vérifions immédiatement au toucher. La malade est transportée immédiatement à la maison de santé où, après avoir remonté légèrement son état de choc (sérum intra-veineux, coramine, adrénaline), nous tentons la réduction manuelle de l'inversion, qui est complète.

A plusieurs reprises, nous avons l'impression, par le taxis périphérique portant au niveau de la paroi antérieure de l'utérus inversé, que la réduction va s'effectuer, mais la partie réduite revient sans cesse en mauvaise position.

Nous nous décidons alors à pratiquer (sous anes-

thésie à l'éther) l'hystérectomie vaginale, par section médiane, en laissant à demeure les pinces à hémotase.

Malgré la rapidité de l'opération et les moyens thérapeutiques mis en œuvre, la malade meurt quatre heures après l'intervention, sans avoir repris connaissance.

OBSERVATION XXI

MM. M. COURTOIS et J. GRASSET: *Un cas d'inversion post partum* (Séance du 4 juillet 1932. In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, n° 7, juillet 1932).

Il s'agissait d'une primipare de 28 ans, réglée normalement.

Le dimanche 5 juin, vers 22 heures, l'un de nous est appelé auprès d'une accouchée en état de shock extrêmement marqué.

Après un travail de marche normale, accouchement spontané d'un enfant vivant. La délivrance se fait spontanément dix minutes après ; pas d'expression, pas de traction sur le cordon ; placenta complet, membranes très friables. On a un léger suintement sanglant, qui devient de plus en plus abondant. Utérus gros, mou (utérus chiffon). 1 cc. d'ergotine, 1/4 cc. de lobe post d'hypophyse, spartéine sous la peau.

A 18 heures, pas de globe de sûreté, état général s'altère. Sérum intra-veineux.

A 23 heures, état de shock aigu, grave ; tension art. 9/4. Le palper abdominal non douloureux. Le toucher vaginal, plus sensible, montre une masse volumineuse,

qui tombe dans le vagin distendu, très dure, avec un véritable pédicule à sa partie supérieure, brisé lui-même par un anneau de striction, serré, indilatable et qui semble être constitué par l'anneau de Bandl.

On est en présence d'une inversion utérine du deuxième degré, due à l'inertie utérine persistante.

On traite d'abord le shock. Une transfusion est pratiquée, toni-cardiaques.

Sous anesthésie légère au chloroforme ; le taxis périphérique échoue. On décide de pratiquer rapidement l'hystérectomie, après extériorisation de l'utérus.

Une deuxième transfusion est pratiquée aussitôt après, pour prévenir le retour des accidents de shock.

Les suites opératoires ont été bonnes ; après une légère hyperthermie, survenue au quatrième jour, tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION XXII

MM. PICARD et OBRY : *Premier cas d'inversion utérine puerpérale* (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, n° 2, février 1933).

Mme B..., 23 ans, primipare. Accouchement à terme le 24 février 1932, à 13 heures, par sage-femme. Enfant vivant.

Hémorragies graves immédiates. Le médecin appelé constate l'inversion utérine et fait transporter la malade à l'hôpital, après une première tentative de réduction qui échoue.

A son arrivée à l'hôpital, (Dr PICARD) confirme le diagnostic posé.

Après traitement de l'état de shock, la réduction de la tumeur, facilitée par la présence du segment cervical non inversé, est opérée avec succès sous anesthésié au schleich.

Le placenta avait été décollé, mais les membranes, très adhérentes, sont dilacérées, les débris qui restent dans la cavité utérine reconstituée, sont enlevés au moyen d'un curettage complémentaire.

Après la réduction, le globe utérin est dur, on fait une injectoin de rétropituitrine.

La malade, réchauffée, reçoit 500 cc. de sérum physiologique, sous la peau, 30 cc. de sérum antistreptococcique, et 12 cgrs de sulfarsénol, pendant trois jours consécutifs.

Les suites sont simples, l'involution utérine normale.

La malade, guérie, quitte l'hôpital 17 jours après son entrée.

OBSERVATION XXIII

MM. PICARD et OBRY : *Deuxième cas d'inversion utérine puerpérale* (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, n° 2, février 1933).

Mme V..., 27 ans, 4 enfants vivants. Grossesses et accouchements antérieurs normaux.

Dernière grossesse : expulsion spontanée facile d'un enfant vivant.

La délivrance tardant à se faire, la sage-femme exerce des tractions sur le cordon, d'où hémorragie au moment où la délivrance se produit.

Devant la gravité de l'hémorragie, la sage-femme fait appeler le médecin, qui institue une thérapeutique anti-hémorragique et diagnostique l'inversion utérine.

Le médecin tente de réduire l'inversion à deux reprises différentes, sans succès, dans les vingt-quatre heures qui suivent.

Le surlendemain, après une nouvelle tentative infructueuse, il fait transporter la malade à la maternité de Douai.

A son arrivée, l'état général est grave, l'anémie extrême.

Le Docteur OBRY constate que l'utérus inversé apparaît à la vulve.

Le toucher montre que le retournement de l'utérus est complet.

Après désinfection du champ opératoire, sous anesthésie au schleich, la dilatation du col à travers la paroi abdominale, mince, est faite au préalable, et l'inversion peut être réduite ; l'utérus, qui a repris sa situation normale, se contracte spontanément.

Mise en place d'une sonde intra-utérine à double courant, toni-cardiaque, sérum physiologique sous-cutané, sérum antistreptococcique, sulfarsénol, glace sur l'abdomen.

Malgré un abcès de fixation pratiqué au deuxième jour, la fièvre monte à 40° tous les soirs, pendant six jours, puis décroît.

La sonde intra-utérine est enlevée le cinquième jour. L'involution utérine, les lochies sont normales.

Le onzième jour, apparition d'une phlébite bilatérale.

Le quatorzième jour, l'état général ne s'améliorant pas, on pratique une transfusion sanguine (400 cc.).

Par la suite, l'état général s'améliore progressivement et la malade quitte l'hôpital, en convalescence, trois mois après son entrée.

OBSERVATION XXIV

MM. PICARD et OBRY : *Troisième cas d'inversion utérine puerpérale* (Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, n° 2, février 1933).

Il s'agissait d'une femme de 43 ans, qui en était à sa dix-neuvième grossesse. Tous ses accouchements antérieurs s'étaient passés normalement jusqu'au seizième. Pour les deux avant-derniers, des hémorragies s'étaient produites pendant la grossesse et des délivrances artificielles avaient été nécessaires, avec des placentas normalement insérés.

Après l'expulsion spontanée du fœtus, la délivrance est faite par le médecin traitant à la 45^e minute, par une légère expression utérine. Très rapidement après, une hémorragie abondante, l'amène à constater l'inversion.

A son arrivée (Dr PICARD) l'état général n'est pas inquiétant.

Sous anesthésie générale. Je constate une inversion utérine totale, que j'arrive à réduire en cinq à six minutes.

Une fois la cavité utérine reconstituée, des débris membraneux restent très adhérents et très difficiles à détacher.

On termine par une injection intra-utérine chaude. Médication sérique et arsenicale préventive.

Les suites ont été des plus simples, la malade a quitté l'hôpital le douzième jour.

OBSERVATION XXV

Inédite (due à l'obligeance de MM. le Docteurs P. PAMARD et P. HENRIET). *Sur un cas d'inversion utérine puerpérale aiguë.*

Une primipare de dix-huit ans, accouche normalement, après quatre heures de dilatation complète. Après la délivrance, il se produit une forte hémorragie par inertie secondaire. A ce moment, l'un de nous, appelé d'urgence, constate un état d'anémie aiguë, la mollesse de l'utérus, l'intégrité du délivre. Dans ces conditions, il se contente de relever l'état général par des injections de toni-cardiaques et de sérum. Une injection de sécacornine et d'hypophyse arrête définitivement le suintement sanglant ; aucune exploration vaginale n'est pratiquée.

Dix-huit heures après, il revoit l'accouchée, paraissant en très bonne voie de rétablissement ; au palper, l'utérus est normal. Quarante heures après la délivrance, l'accouchée souffre violemment, la vessie, en rétention, est cathétérisée, et le toucher vaginal permet de trouver dans le vagin une tumeur arrondie ; le col utérin n'est senti nulle part ; par contre, de chaque côté de la masse, on découvre une petite dépression ; la main qui palpe, au lieu de rencontrer le globe utérin, ne sent qu'une véritable dépression sus-

pubienne. Dans ces conditions, le diagnostic d'inversion utérine totale ne saurait faire de doute, l'utérus inversé se continuant directement avec la paroi vaginale, sans sillon cervical. L'examen aux valves, montre la muqueuse, d'aspect sain, sans aucune rétention placentaire, sans aucun sphacèle. La patiente est shockée, son état général est des plus médiocres, malgré une tension artérielle de 13/7 au Vaquez.

Une première tentative de réduction manuelle échoue, la malade n'étant pas anesthésiée.

Sous rachi-analgésie, nous réduisons l'inversion par un taxis vigoureux, effectué le long du bord gauche de l'utérus inversé. La manœuvre est longue et pénible ; malgré des injections répétées d'adrénaline et d'huile camphrée, l'opérée est extrêmement shockée. Nous pouvons faire franchir le col au bord gauche, et, brusquement, tout l'utérus se retourne, comme un véritable bonnet de nuit ; nous nous assurons qu'il n'y a pas eu de solution de continuité et terminons par un tamponnement utérin et vaginal changé de 12 heures en 12 heures, pendant deux jours.

La malade se rétablit très rapidement après quatre jours de fièvre ; par prudence, nous la laissons au lit pendant 21 jours ; un examen gynécologique fait à cette date, indique que tout est absolument normal, tant pour l'utérus que pour les annexes.

TRAITEMENT

L'inversion utérine est une affection assez grave pour qu'on puisse poser, en principe, qu'elle doit toujours être traitée, et le plus tôt possible.

Au point de vue prophylactique, cet accident redoutable pourra être évité par la conduite judicieuse de la délivrance.

Les tractions hâtives et immodérées exercées sur le cordon seront absolument proscrites. L'expression utérine, pratiquée suivant la méthode de Crédé, sera particulièrement dangereuse dans l'intervalle des contractions et devra être rejetée.

Au cours de la délivrance artificielle, l'extraction du placenta ne sera jamais faite avant que ce dernier ne soit complètement décollé, et sûrement libre dans la cavité utérine. Même dans les cas où ces dernières conditions seront réalisées, on aura toujours soin de faire une révision de la cavité utérine aussitôt que la délivrance sera terminée.

Après la délivrance, ne pas quitter trop tôt l'accouchée, imposer toujours l'immobilité et sangler soigneusement l'abdomen, comme l'indique Marc RIVIÈRE, afin d'atténuer les réactions attribuables à la décompression du post-partum.

Nous avons pu remarquer combien M. le Professeur agrégé COLL DE CARRERA, au cours de ses leçons cliniques, insistait sur tous ces divers conseils.

Les cas d'inversions spontanées eux-mêmes, pourront être prévenus, en ayant soin d'imposer à l'accouchée le repos absolu, en lui défendant tout effort violent, et en surveillant le fond de l'utérus au moment de sa période d'inertie physiologique, pendant laquelle certaines malaxations inutiles de l'utérus, seront particulièrement dangereuses.

L'inversion s'est produite, nous n'envisagerons ici que le traitement manuel de l'inversion utérine puerpérale récente.

Au premier degré, l'inversion pourra se produire spontanément. Dans le cas contraire, le traitement sera celui de l'inertie utérine, qui en est la cause.

Si le placenta n'a pas encore été expulsé, la main, introduite dans la cavité utérine pour en redresser le fond, aura, en même temps, pour effet de réveiller les contractions de l'organe.

Si le placenta est encore adhérent, on tente d'abord la réduction, que l'on obtient facilement, on décolle ensuite le placenta, en ayant soin de soutenir les parois de l'utérus, à mesure que l'on détache les cotylédons, afin de ne pas reproduire le renversement. Les injections intra-utérines chaudes à 45°, le tamponnement intra-utérin à la gaze iodée, les injections sous-cuta-

nées d'ergotine réveilleront la contraction utérine, tout en arrêtant l'hémorragie, si elle existe.

Les phénomènes généraux seront combattus par l'administration de toniques généraux, des toni-cardiaques habituels, l'injection intra-veineuse de sérum artificiel, si l'hémorragie a été un peu abondante.

Pour les deux autres degrés de l'inversion, qu'elle soit complète ou non, l'indication urgente est de réduire l'utérus inversé. Cette réduction sera d'autant plus facile qu'elle sera pratiquée plus tôt.

Sur 67 cas (Dr OUI), 35 fois la réduction fut tentée immédiatement et fut obtenue, 32 fois la réduction ne fut tentée que tardivement (après 24 heures) et échoua.

La question de la rapidité de l'exécution du taxis est capitale. Il est essentiel de ne pas laisser au shock le temps de s'installer et de s'accroître ; s'il apparaît au moment de l'inversion ou de sa réduction, il sera d'autant plus facile à combattre qu'il aura duré moins longtemps (G. ECALLE).

Faut-il avant de réduire procéder au décollement du placenta ? Deux éventualités peuvent se présenter dans la première, le placenta est partiellement décollé ; il vaut mieux alors achever le décollement.

Dans la deuxième, le placenta est resté totalement adhérent. Dans ce cas, si la réduction est faite rapidement, elle ne sera que très peu gênée par la présence du placenta, et il vaut mieux réduire en masse. L'utérus réduit, s'il n'y a pas d'hémorragie, il conviendra d'attendre un peu avant de pratiquer la délivrance qui, presque toujours alors, sera une délivrance artificielle.

Pour d'autres auteurs, il vaudrait mieux pratiquer,

au préalable, le décollement du placenta. Si peu important que soit l'obstacle apporté à la réduction par la présence du placenta, cet obstacle n'en existe pas moins et doit être supprimé (Dr OUI). De plus, cette délivrance, faite à ciel ouvert, est plus facile et plus complète que la délivrance faite après réduction (DENUGÉ, TARNIER).

Faut-il avoir recours à l'anesthésie ?

Le Docteur OUI considère l'anesthésie inutile, lorsque la réduction peut être tentée immédiatement après la production de l'inversion. Car l'utérus, à ce moment là est assez souple, le col assez peu résistant et, d'une façon générale, l'anneau de Bandl assez relâché pour que la réduction s'opère sans grande difficulté et assez rapidement pour que l'élément douleur soit négligeable. Ce dernier point a été observé également dans le cas où l'on a eu à intervenir sur une malade en état de syncope (Obs. XV).

Par contre, lorsque l'inversion date de plusieurs heures, ou que l'utérus est contracté, l'état de dépression nerveuse, de « shock », souvent apparu avec l'inversion, devient rapidement grave, et les manœuvres de réduction seront alors particulièrement pénibles pour la patiente.

On peut donc se demander si l'anesthésie, qui aide d'abord au relâchement de l'anneau d'inversion et favorise ainsi les manœuvres de l'accoucheur, n'aurait pas une influence heureuse sur la malade, en lui évitant des douleurs que son état général ne lui permettrait peut-être pas de supporter.

Done, tout en favorisant les manœuvres, l'anesthésie évitera, en outre, la naissance de sources réflexes

néfastes, fréquentes au cours de la réduction de l'utérus inversé.

Il nous faut envisager alors, l'effet physiologique de l'anesthésique employé, et ceci, tant au point de vue général que local.

Très peu utilisé d'ailleurs, le chloroforme a été pros- crit, à cause de sa trop grande toxicité.

Nombre d'auteurs préfèrent l'éther, auquel ils ne reconnaissent pas les mêmes inconvénients, et dont ils invoquent même ses effets favorables sur la dépres- sion cardiaque, fréquente chez ces malades.

Nous remarquerons ici que, localement, l'éthérisa- tion aura une action très faible, surtout comparée à celle obtenue ordinairement au moyen de l'analgésie rachidienne, dont les indications et l'action sont par- ticulièrement bien connues aujourd'hui.

L'étude si importante du rôle de la rachi-anesthésie en Obstétrique, revient à notre Ecole Montpelliéraine.

C'est en février 1928, que M. le Professeur Paul DEL- MAS, notre maître éminent, donnait la publication de son procédé d' « Evacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse ». Cette méthode, rigoureusement établie, après plusieurs années de recherches et de mise au point, eut un retentissement considérable dans le monde entier, et plaça l'étude de la rachi-anesthésie en obstétrique, au tout premier plan de l'actualité scientifique.

De nombreux accoucheurs s'intéressèrent depuis à une question aussi importante.

C'est alors que BRINDEAU et ses élèves, après plu- sieurs faits d'expérience clinique, mettent en relief

l'action hémostatique de l'anesthésie rachidienne dans la césarienne basse.

De nombreuses publications et articles personnels de M. le Professeur DELMAS et de ses collaborateurs, MM. COLL DE CARRERA, ROUME et HENRIET, paraissent également au sujet des services rendus par la rachianalgésie, dont l'emploi en obstétrique prend une extension croissante.

En 1930, MAHON apporte, dans sa thèse de Bordeaux, une étude physio-clinique « de haute valeur scientifique », sur « l'utérus parturient rachianesthésié ».

De même, plusieurs disciples de notre Ecole Montpellieraine, MAGOUX, BICHARA, et, d'une façon particulièrement bien documentée MICAS, illustrent, dans leurs thèses respectives, les idées de nos maîtres, à propos des services rendus par l'utilisation de la rachianalgésie en obstétrique.

De toutes ces études, ainsi que de l'expérience de nombreux accoucheurs, se dégage l'opinion générale que « réalisant une section physiologique des racines postérieures de la moelle, voies du tonus, l'anesthésie rachidienne supprime, non seulement l'hypertonie pathologique du col, mais même sa tonicité normale, et dès lors, ce col flasque se laissera dilater avec la plus grande facilité... »

Sur le corps utérin : « tout se passe comme si la rachianesthésie, augmentait la rétractibilité de l'utérus » et ce point, dit M. Paul DELMAS, « unanimement, tout le monde l'admet aujourd'hui ».

En 1930, MAHON, élève de BALLARD, donne la preuve clinique et expérimentale de la suppression de la contraction utérine sous l'action de la rachianesthésie.

L'importance de tous ces divers points a été trop bien mise en évidence par MICAS, de Montpellier, dans sa thèse de 1931, pour que nous puissions insister plus longuement ici.

Avec beaucoup d'auteurs, nous mentionnerons enfin l'action manifeste de la rachi sur la région péri-néo-vulvaire, facilitant au maximum les manœuvres dans certaines interventions obstétricales opérées par la voie basse.

Nous n'oublierons pas que, si la rachi-anesthésie est un procédé d'insensibilisation assez redoutable, la gravité des interventions, que l'on pourra pratiquer au cours de l'inversion utérine, est également considérable, et, dans certains cas, les avantages de ce mode d'anesthésie seront appréciables.

Dans l'observation de MM. PAMARD et HENRIET, un premier essai de réduction manuelle, tenté alors que la malade n'était pas anesthésiée, échoua tout d'abord. L'état général de la patiente, profondément choquée, devenait rapidement inquiétant. La tension artérielle de la malade, prise à ce moment qui paraissait critique, était de 13/7 (au Vaquez) et ne contre-indiquait point l'anesthésie rachidienne, pour une nouvelle tentative de réduction manuelle qui fut alors décidée.

Dans ces conditions, les manœuvres de taxis, effectuées le long du bord gauche de l'utérus inversé, par M. P. HENRIET, aboutirent finalement à la réduction de l'inversion.

Notre expérience encore trop faible, et malheureusement limitée au cas unique qu'il nous a été donné d'observer, nous permettra seulement d'affirmer ici le résultat heureux obtenu.

Nous remarquerons, en outre, que, malgré la totalité de l'inversion de l'organe, sa réinversion entière a pu également être opérée ; peut-être moindre dans ce cas, l'action de la rachi n'en a pas été moins appréciable.

L'état général de ces malades, souvent déprimées, ayant été relevé par l'emploi des moyens habituels ; l'asepsie et l'antisepsie du champ opératoire et des mains de l'opérateur étant réalisées, certaines conditions seront nécessaires pour obtenir la réduction manuelle de l'inversion.

1° Il faut d'abord relâcher le col qui, souvent formera l'agent d'étranglement, dans ces cas, en particulier, la rachi sera très utile.

2° Il faut, en outre, fixer la portion non déplacée de l'utérus, de façon à ne pas imprimer dans les manœuvres de réduction, un mouvement de totalité à l'organe ainsi retourné.

3° L'utérus étant, au préalable réduit dans le vagin, il faut opérer le taxis de l'utérus inversé, par des pressions ou manipulations, exercées seulement dans l'intervalle des contractions et capables de ramener l'organe à sa place normale.

4° Tout en améliorant l'état de shock, la position de Trendelenburg, qui faciliterait beaucoup la réduction, a été préconisée.

Comment doit-on pratiquer alors la réduction manuelle de l'utérus inversé ?

Trois circonstances se présentent en pratique (P^r BAR, Bulletin de la Société d'Obstétrique, 1902).

1° L'utérus est uniformément mou.

2° Le col est mou, le corps utérin est inerte ou peu contracté, l'anneau de Bandl est contracté.

3° Le col est mou, le corps utérin est uniformément contracté.

1° *L'utérus est uniformément mou* : ce sont les cas où la réduction est le plus facilement obtenue.

On aura avantage à opérer la réduction uniquement par des manœuvres manuelles, c'est-à-dire par taxis.

Le taxis central ou de VIARDEL, convient surtout aux cas où l'intervention suit immédiatement la production de l'inversion. La malade étant placée en position de Trendelenburg, la main gauche, appliquée sur l'hypogastre, déprime la paroi abdominale et fixe ainsi l'entonnoir d'inversion. Les doigts de la main, rapprochés et disposés en cône, l'accoucheur repousse peu à peu le fond de l'utérus à travers le col, au fur et à mesure que la cavité utérine se reforme, la main pénètre dans l'utérus et s'assure que la réduction est complète, elle est maintenue dans l'utérus jusqu'à ce que l'organe soit fortement contracté.

Le taxis périphérique ou méthode d'ASTRUC, préconisé par PAJOT et TARNIER, est ainsi pratiqué : Après avoir abaissé le tronc et soulevé le bassin de la malade, on repousse doucement la tumeur, en commençant pas les côtés, comme on a coutume de faire pour les hernies, « en faisant rentrer les premières les parties qui sont sorties les dernières », la paroi utérine se déroulera ainsi peu à peu et l'inversion se réduira.

Le taxis latéral, employé pour la première fois par

DELEYRE, en 1787, est surtout pratiqué. Dans ce procédé de taxis, le refoulement de la paroi utérine se fait sur un seul côté, « les quatre derniers doigts de la main sont placés dans le cul de sac cervico-utérin, près du pédicule, et appliqués sur une des parois de l'utérus inversé. Le pouce est placé au point diamétralement opposé et refoule en haut la partie sur laquelle il s'appuie, par un mouvement analogue à celui que la main exécute pour faire glisser l'une sur l'autre deux feuilles de papier » (COMMANDEUR). Successivement, une des faces latérales, le fond, puis la face latérale du côté opposé, reprennent leur situation normale.

Au lieu d'être pratiqué sur le côté, le taxis peut être fait d'avant en arrière, le pouce refoulant d'abord la paroi antérieure, qui présente, en général, le maximum d'inversion, ce qui évitera au maximum les échecs (BAR).

2° Le col est mou, le corps utérin est inerte ou très peu contracté, l'anneau de Brandl est contracté.

L'extensibilité du segment inférieur et la résistance de l'anneau de Bandl, sont la conséquence de cet état particulier de l'utérus.

Quand l'anneau de Bandl est ainsi contracté, on repousse facilement l'utérus dans le segment inférieur, mais ce dernier est tellement mou, tellement extensible, que plus on repousse l'utérus, plus le segment inférieur se distend, et il devient difficile de triompher de la résistance de l'anneau de Bandl.

Souvent la rachi suffira ici pour faire cesser la résistance de cet anneau, dont les doigts de l'accoucheur

vaincront facilement la contraction. La rétraction parfaite du globe utérin luttera en outre contre l'hémorragie, qui est parfois abondante, dans ces cas.

3° Le col est mou, le corps est uniformément contracté.

Les difficultés de réduction atteignent ici leur maximum, les contractions du corps utérin ayant pour résultat de s'opposer à tout déplissement. Il semblerait, d'après certains auteurs, que, dans ces cas, l'intervention chirurgicale, l'hystérectomie vaginale précoce de préférence, soit la seule ressource.

Avant de prendre une résolution aussi grave, l'anesthésie rachidienne, qui sera souvent indiquée dans ces cas où l'hémorragie est souvent minime, devra être pratiquée. Souvent ce mode d'anesthésie, qui aura pour effet certain de supprimer les contractions utérines constituant l'obstacle, pourra permettre la réduction manuelle et faire ainsi bénéficier la malade de ces gros avantages.

Enfin, dans un certain nombre de cas, l'irréductibilité paraît absolue. D'après DURET, les causes de l'irréductibilité de l'utérus inversé, sont les suivantes :

1° Coïncidant avec la contraction utérine qui, nous l'avons vu, constitue un obstacle à la réduction, le spasme du col fortement contracté, enserrant le pédicule de l'utérus inversé, à la façon d'un sphincter, empêche le refoulement de l'organe à travers son orifice rétréci.

2° La turgescence utérine, consécutive à l'étirement des ligaments suspenseurs de l'ovaire, vecteurs des vaisseaux ovariens et sous la dépendance également de la contraction plus ou moins grande du col utérin,

constitue, en outre, une des causes les plus fréquentes d'irréductibilité.

A condition toutefois que l'inversion soit assez récente, l'irréductibilité apparente de l'utérus renversé, due à toutes ces causes, pourra disparaître sous l'effet de la rachi, qui, nous l'avons vu, a une action élective sur le col, obstacle principal de la réduction.

Dès que celle-ci aura été obtenue, les injections intra-utérines chaudes, à 45°, antiseptiques, seront un complément indispensable à la désinfection de l'utérus, elles agiront en même temps comme excitant de la contraction et préviendront ainsi les récidives possibles. Les tamponnements à la gaze iodée, ou mieux aux bouillons vaccins, auront le même effet. Les injections de sérum antistreptococcique, de sulfarsénol, lutteront énergiquement contre les complications infectieuses, qui pourraient survenir plus ou moins tardivement.

Enfin, les moyens habituels, employés déjà avant l'intervention, pour remonter l'état général de ces malades, ne seront pas négligés non plus après. Dans les cas où la rachi-anesthésie aurait été employée, les injections d'adrénaline, d'ergotine, de gynergène, ont été préconisées pour combattre l'hypotension vasculaire secondaire.

Ce qui domine, dans le traitement de l'inversion utérine puerpérale, c'est toujours l'action exercée sur l'utérus inversé. La réduction pourra être plus ou moins longue et difficile, le résultat à obtenir sera toujours identique, quelle que soit la forme de l'accident.

CONCLUSIONS

1° Pour que l'inversion utérine puerpérale récente se produise, il faut qu'il y ait inertie utérine partielle ou totale. Dans ce cas l'inversion utérine pourra être artificielle ou spontanée.

2° La contraction utérine propre, accentue l'inversion, qui sera souvent limitée par des ligaments d'arrêt, dont la tension constitue une cause importante d'hémorragie.

3° La symptomatologie est, en général, dramatique ; l'hémorragie abondante, et plus souvent sans doute, le choc nerveux progressif, joueront un rôle capital dans le pronostic de l'inversion utérine puerpérale récente.

4° De nombreux facteurs, les manœuvres de réduction en particulier, sont susceptibles d'aggraver le choc, et la situation de ces malades devient alors rapidement inquiétante.

5° La question de la précocité et de la rapidité des manœuvres de taxis est primordiale.

6° Le traitement prophylactique de l'inversion utérine est très important.

Les moyens ordinairement employés pour relever l'état général ne seront pas négligés au début de l'inversion, quand celle-ci se sera produite.

La réduction manuelle immédiate sera toujours tentée dans l'inversion utérine puerpérale récente.

7° Dans certains cas apparemment peu favorables, en particulier les cas où l'utérus inversé sera contracté, avec forte contraction également de l'anneau d'inversion, l'action de la rachi-anesthésie pourra être appréciée alors, au cours des manœuvres de réduction, et évitera parfois une intervention sanglante toujours grave, sur des malades déjà fortement déprimées.

BIBLIOGRAPHIE

- ACQUAVIVI. — *Contribution à l'étude des variétés de l'inversion utérine, leur traitement chirurgical, et, en particulier l'hystérectomie vaginale* (Thèse de Montpellier, 1899).
- ADLER L. D. — *Acute puerperal inversion* (British Medical Journal, 1, 96, janvier 17, 1931).
- AGUIAR. — *Quatre cas d'inversion utérine* (Rev. de Gyn. et d'Obst. du Brésil, oct. 1927).
- ANDÉRODIAS. — *Inversion utérine spontanée* (Annales de la Société d'Obstétrique, Bordeaux, 1923).
- BALLARD et MAHON. — *La rachi-anesthésie dans les anomalies de la dilatation du col* (Soc. d'Obst. et de Gyn., Bordeaux, 10 mai 1927, Compte rendu in Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1927, p. 1927).
- *La rachi-naesthésie en obstétrique ; ses indications d'après ses bases physiologiques* (La Journ. Méd. franç., t. VIII, n° 8, p. 281, août 1929).
- BAR. — *Remarques sur l'inversion utérine* (Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, janvier, mai 1902).
- BARNES et DONALSTON. — *Inversion utérine aiguë ; traitement par la transfusion du sang, réduction* (Proceed. Roy. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn., janvier 1921, p. 207).

- BATES L. F. — *Puerperal inversion of uterus* (Journ. Michigan Med. Soc., 30, 88-90, février 1931).
- BÉLOSSAVITCH M. — *La rach'-anesthésie en obstétrique* (Marseille Médical, n°s 16, 17, 5, 15 juin 1932).
- BICHARA. — *Le procédé du Professeur P. Delmas (Evacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse) dans le placenta prævia* (Thèse de Montpellier, 1930).
- BONAMY. — *Inversion utérine totale post-partum ; infection puerpérale hystérectomie abdominale après réduction, guérison* (Bulletin et Mémoires de la Soc. des Ch'r. de Paris 1928, tome xx, p. 868).
- BOSWEL. — *Puerperal inversion of uterus* (Brit. Med. Journ. I : 582-583, April 4, 1931).
- BOURRET. — *Traitement de l'inversion utérine puerpérale* (Thèse de Paris, 1922).
- BRINDEAU et LANTUÉJOUL. — *Traitement de l'inversion utérine* (Traité de l'art des accouchements : t. iv, ch. vi).
- BRINDEAU. — *Inversion utérine rompue ; remarques sur l'inversion utérine* (Arch. mens. de Gyn. et d'Obst., 1917).
- BRINDEAU et LANTUÉJOUL. — *De la rach'-anesthésie en obstétrique* (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, in Bull. de la Soc., avril 1928, p. 408).
- BROWN (F. J.). — *Fatal cases of acute puerperal inversion* (Proc. Roy. Soc. med. Sect. Obst. and Gyn., 24 : 81-82, oct. 1931).
- BYRNES. — *Un cas d'inversion utérine aiguë* (Bull. of the Buffalo Hospital, sept. 1925).
- CHAVENT. — *Contribution à l'étude de la rach'-anesthésie dans la pratique obstétricale* (Thèse de Lyon, 1929).
- COURTY. — *Au sujet d'un d'inversion utérine d'origine puerpérale*. (Réunion obstétricale de Lille, 29 déc. 1924, in Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1925).
- DÉLMAS (P.). — *De la rach'-cocaïnisation en Gynécologie et en Obstétrique opératoire*. (Réunion Obstétricale et Gynécologique de Montpellier, 2 avril 1919).

- *De la part à faire aux rachi-analgésies.* (Soc. des Sc. Méd. de Montpellier 17 mai 1921).
- *Réduction spontanée de hernie sous l'action de la raché.* (Soc. des Sc. Méd. de Montpellier, 4 janvier 1924).
- *Contracture ou rétraction.* (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1928, p. 631).
- *La rachi-analgésie.* (Gazette des Hôpitaux, 25, 28 sept. et 20 oct. 1929).
- *L'utilisation de la rachi-anesthésie en obstétrique opératoire.* (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1er janvier 1933).
- *La rachi-analgésie.* (Gazette des Hôpitaux, n. 25, 26, 29 mars et 1er avril 1933).

DENUCÉ. — *Traité clinique de l'inversion utérine*; 1883.

DUPONT. — *Un cas d'inversion utérine datant de quatre mois; hystérectomie abdominale.* (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, décembre 1927).

DURET. — *Des causes de l'irréductibilité de l'inversion utérine et leur traitement. Nouveau procédé opératoire.* Journ. des Sc. méd. de Lille, juillet 1898).

ECALLE (G.). — *De l'inversion utérine puerpérale.* (Leçons du Jeudi soir à la Clinique TARNIER, 8^e année, 1931).

EVADS. — *Inversion utérine aiguë* (Surgery, Gyn. and obstetrics, 1923, tome 37, p. 461).

FATHERINGHAM. — *Inversion de l'utérus.* (Brit. med. Journ., 27 août 1927).

FOSTER AND KELLOG. — *Puerperal inversion of uterus, classification for treatment* (The Amer. Journ. of Obst. and Gyn., vol. 18 ; déc. 1929, p. 815-817).

FRESSON. — *Traitement de l'inversion utérine. Indications et manuel opératoire.* (Thèse de Paris, 1902).

GATTO. — *A propos de l'inversion utérine puerpérale.* Rassegna d'obstetrica et Ginecologica, novembre 1926.

- GEMILLE. — *Report of a case of prolapsed fibroid with partial inversion of the uterus complicating the puerperium.* (The amer. Journ. of Obst. and Gyn., vol. 18 ; déc. 1929, p. 827-828).
- GRABIÉ. — *De l'inversion utérine puerpérale récente.* (Thèse de Paris, 1903).
- HEINTZE. — *Contribution à l'étude de l'inversion utérine puerpérale.* (Thèse de Strasbourg, 1920-21).
- HYPHER. — *Traitement de l'inversion puerpérale aiguë.* (Brit. Med. Journ. 1930, t. II, p. 179).
- KUSTNER OTTO. — *Methode Konserverender behandlungder interteriten. Inversio uteri puerperali.* (Cent-für Gyn. 1893, p. 945).
- LAFFONT et SESINI. — *A propos de quelques interventions obstétricales sous rachi-anesthésie.* (Soc. Obst. et Gyn. d'Alger, 14 juin 1930).
- LANDER. — *Inversion de l'utérus pendant les suites de couches.* (The Lancet, 28 janvier 1928, p. 182).
- LANE ROBERTS. — *Inversion utérine.* (Brit med. journ., 31 mars 1923, p. 557).
- LAVIANO. — *Sur l'inversion utérine aiguë* (Rev. d'Obst. e Gynec. prat. 13 : 245-256. June 1931).
- LAZARESCO et SEIMEANU. — *Un cas d'inversion utérine puerpérale.* (Ginecologie si Obstetrica, juin 1930).
- MAHON. — *L'utérus parturient rachi-anesthésié.* (Etude physio-clinique, déductions thérapeutiques). (Thèse de Bordeaux, 1930).
- MANTON. — *Deux cas d'inversion aiguë de l'utérus.* (New-York med. Journ., t. CXIV, n° 7, oct. 1921, p. 397).
- MARTINOLLI (A.). — *Contributo alla terapia conservativa della inversione puerperale dell' utero.* (Cl. Ost. e Gin. 32: 555-561, sept. 1930.)
- NICHOLSON. — *Inversion utérine chronique.* (Bull. de la Soc. de Obst. y Gynec. de Buenos-Aires, novembre 1928).
- OUI. — *Traitement de l'inversion utérine.* (Congrès périodique de Gyn., d'obst. et de ped., III^e session, Nantes, septembre 1901).

PERSIN (F.). — *Du traitement conservateur de l'inversion utérine chronique.* (Thèse de Montpellier, 1896).

PETELÉN. — *Complete inversion of uterus after labor.* (Bratislav lek. listy, 10 : 381-386, July 1930).

PHANEUF (I. E.). — *Puerperal inversion of uterus : gungrenous uterus abdominal panhysterectomy recovery.* (Am. J. Surg. 14 : 428-430, nov. 1930).

PHÉLIP. — *Inversion utérine chronique après accouchement* (Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie, 21 avril 1926, p. 437).

RABAU. — *Etiologie de l'inversion de l'utérus puerpéral.* (Zentralblatt für Gynakologie, 28 sept. 1929).

RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — *L'inversion utérine.* (Pré-d'obstétrique de Paris, 3e éd.).

ROCA. — *A propos d'un cas d'inversion utérine ancienne.* (Thèse de Montpellier 1923-24).

SICARD. — *Contribution à l'étude de l'inversion utérine puerpérale récente.* (Thèse de Paris, 1892).

SCHIAVO. — *Un cas rare d'inversion a gué de l'utérus.* (Rivista d'ost. e Gin. prat., septembre 1931).

SMYTHE. — *Inversion utérine partielle.* (The Lancet, 18 oct. 1924).

STOMATOPOULOS. — *Nouveau procédé d'hystérectomie dans l'inversion utérine.* (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, juin 1926).

TASTE (Léon). — *De l'inversion utérine. Indication et traitement.* (Thèse de Lyon, 1897).

WAYSSIÈRE. — *Le shock obstétrical.* (Marseille médical, n. 5, 15 février 1933).

WOOD. — *Inversion utérine complète.* (Brit. med. Journ., 14 décembre 1929).

YATES. — *Inversion of the uterus.* (Amer. Journ. of Obst. vol. LXXX, déc. 1919, p. 712).

ZALETEL. — *Nouveau procédé d'opération de l'inversion utérine.* (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, août 1920).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	13
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	16
FRÉQUENCE, ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE	21
SYMPTOMES	29
DIAGNOSTIC	35
OBSERVATIONS	43
TRAITEMENT	78
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	92

En ma qualité de Censeur de
tour j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

*A propos d'un cas d'inver-
sion utérine puerpérale aiguë
(réduction manuelle, sous
rachi-analgésie).*

par M. Jean SUSINI

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 3 juillet 1933.

Le Professeur,

P. DELMAS.

Vu :

Montpellier le 3 juillet 1933.

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 6 juillet 1933.

Le Recteur,

TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

